# 2016-2017

# RAPPORT ANNUEL DE GESTION

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Québec

Adopté par le conseil d'administration le 29 juin 2017.

**Ce document a été réalisé par :**
Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 764-2948
Site Web : http://www.cisss-at.gouv.qc.ca

**Production**
Bureau du président-directeur général (PDG)
Sous la coordination de Karine Godin, agente de planification, de programmation et de recherche, en collaboration avec le personnel de toutes les directions.

**Révision des textes**
Nathalie Bernier, conseillère cadre | Bureau du PDG

ISBN : 978-2-550-78900-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-78901-7 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2017

Note : Dans ce document, le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substituts, sur demande.

# TABLE DES MATIÈRES


01 **MESSAGE DES AUTORITÉS** **8**

02 **DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS** **10**

03 **PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS** **11**
- Mission 12
- Organigramme 13
- Faits saillants 14
- Caractéristiques de la population, de son territoire et principales données de santé la concernant 16
- Conseil d'administration 19

04 **RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ** **26**

05 **ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ** **45**
- Agrément 46
- Sécurité des soins et des services 47
- Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement 58
- Examen des plaintes et promotion des droits 59
- Modes d'information et de consultation de la population 59

06 **APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE** **62**

07 **RESSOURCES HUMAINES** **63**
- Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs 64

08 **RESSOURCES FINANCIÈRES** **67**
- Rapport de la direction 68
- Rapport de l'auditeur indépendant 69
- Résultats financiers 71
- Équilibre budgétaire 102
- Contrats de services 103

09 **ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT** **106**

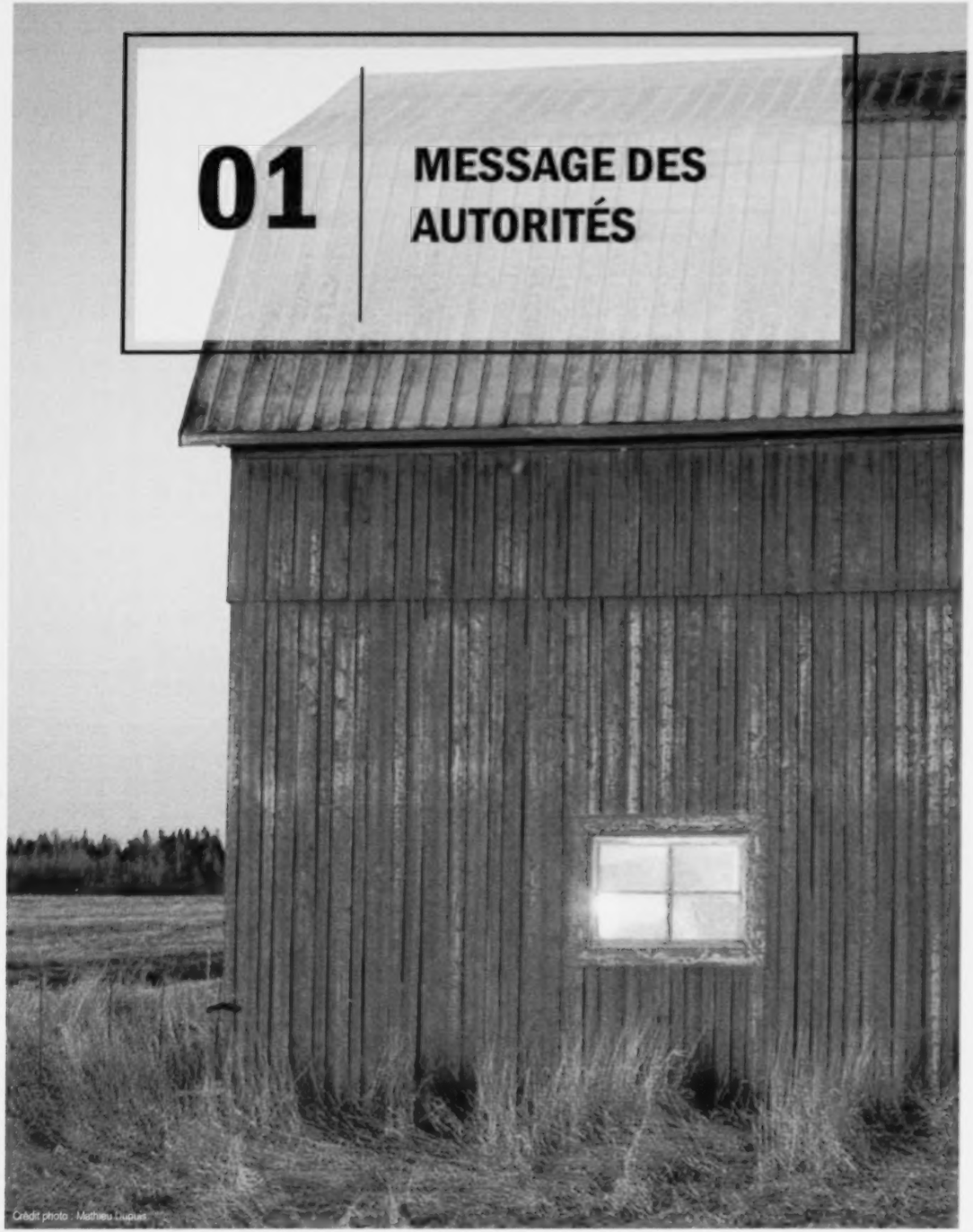
10 **ORGANISMES COMMUNAUTAIRES** **112**

**ANNEXE : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS** **119**

# LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

| | |
|---|---|
| ***AÉS*** | Approche École en santé |
| ***AMPRO*** | Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux |
| ***APSS*** | Accès priorisé aux services spécialisés |
| ***A-O*** | Abitibi-Ouest |
| ***AQEPA*** | Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs |
| ***Art.*** | Article |
| ***A-T*** | Abitibi-Témiscamingue |
| ***C.A.*** | Conseil d'administration |
| ***CAFA*** | Centre d'animation, de formation et d'accompagnement |
| ***CALACS*** | Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel |
| ***CAPACS*** | Centre d'aide et de prévention des agressions à caractère sexuel |
| ***CECII*** | Comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers |
| ***CHSGS*** | Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés |
| ***CHSLD*** | Centre d'hébergement et de soins de longue durée |
| ***CISSS*** | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| ***CLSC*** | Centre local de services communautaires |
| ***CM*** | Conseil multidisciplinaire |
| ***CRDI*** | Centre de réadaptation en déficience intellectuelle |
| ***CRDP*** | Centre de réadaptation en déficience physique |
| ***CRDS*** | Centre de répartition des demandes de services |
| ***CROC-AT*** | Concertation régionale des organismes communautaires de l'Abitibi-Témiscamingue |
| ***CIUSSS*** | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| ***DPDI-TSA-DP*** | Direction des programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique |
| ***DPSAPA*** | Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées |
| ***DPSMD*** | Direction des programmes Santé mentale et Dépendance |
| ***DQÉPÉ*** | Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique |
| ***DRHCAJ*** | Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques |
| ***DSI*** | Direction des soins infirmiers |
| ***DSM*** | Direction des services multidisciplinaires |
| ***DSPEU*** | Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire |
| ***DSPu*** | Direction de santé publique |
| ***DSTI*** | Direction des services techniques et logistique |
| ***Dx*** | Diagnostic |
| ***EGI*** | Entente de gestion et d'imputabilité |
| ***ETC*** | Équivalent temps complet |
| ***FIQ*** | Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec |
| ***GMF*** | Groupe de médecine de famille |
| ***GVSS*** | Groupe vigilance pour la sécurité des soins et des services |
| ***ITSS*** | Infections transmissibles sexuellement et par le sang |
| ***km*** | Kilomètre |
| ***LSSSS*** | Loi sur les services de santé et les services sociaux |
| ***m*** | mètre |
| ***MMUU*** | Matériel médical à usage unique |
| ***MRC*** | Municipalité régionale de comté |
| ***MSSS*** | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| ***N/A*** | Non applicable |
| ***N.D.L.R.*** | Note de la rédaction |
| ***NSA*** | Niveau de soins alternatifs |
| ***OIIQ*** | Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec |
| ***P.*** | Page |
| ***PAR*** | Plan d'action régional |
| ***PCI*** | Prévention et contrôle des infections |
| ***PHAR*** | Personnes handicapées Amos-région |
| ***PI*** | Plan d'intervention |
| ***PII*** | Plan d'intervention interdisciplinaire |
| ***PIN*** | Programme d'intervention en négligence |
| ***PNSC*** | Plan national de sécurité civile |
| ***PS*** | Plan stratégique |
| ***PSOC*** | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| ***PTACC*** | Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité |
| ***RDM*** | Retraitement du dispositif médical |
| ***RI-RTF*** | Ressource intermédiaire – Ressource de type familial |
| ***RLRQ*** | Recueil des lois et des règlements du Québec |
| ***RLS*** | Réseau local de services |
| ***RPA*** | Résidences privée pour aînés |
| ***RQSUCH*** | Relevé quotidien de la situation des salles d'urgence en centre hospitalier |
| ***RRSS*** | Répertoire des ressources en santé et services sociaux |
| ***RSIPA*** | Réseau de services intégrés pour les personnes âgées |
| ***RTS*** | Réseau territorial de services |
| ***S.A.T.A.S.*** | Service d'aide et de traitement en apprentissage social |
| ***SAD*** | Soutien à domicile |
| ***SAPA*** | Soutien à l'autonomie des personnes âgées |
| ***SARM*** | Staphylocoques aureus résistant à la méthicilline |
| ***SIDEP*** | Services intégrés de dépistage et de prévention |
| ***SISSS*** | Système d'inforamtion sur la sécurité des soins et des services |
| ***SMAF*** | Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle |
| ***SPFV*** | Soins palliatifs et de fin de vie |
| ***TCROCASMAT*** | Table de concertation régionale des organismes communautaires et alternatifs en santé mentale de l'Abitibi-Témiscamingue |
| ***TI*** | Technologie de l'information |
| ***UMF*** | Unité de médecine familiale |
| ***UQAT*** | Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue |
| ***VIH*** | Virus de l'immunodéficience humaine |

# 01 MESSAGE DES AUTORITÉS



Crédit photo : Mathieu Lupien

# 01 | MESSAGE DES AUTORITÉS

Depuis le 1er avril 2015, deux ans se sont écoulés depuis la création du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue. La première année aura entre autres servi à la mise en place de la structure organisationnelle et à l'harmonisation des processus. La deuxième année, qui vient de se terminer, a notamment permis de poursuivre l'harmonisation et d'entamer les projets de transformation clinique qui ont pour principaux objectifs l'intensification des services de première ligne de manière à offrir les soins et les services près de la personne qui le nécessite et d'intensifier les ressources alternatives à l'hébergement. Plusieurs démarches ont été effectuées en ce sens en 2016-2017 et des résultats seront observables dès l'an prochain.

La réussite du virage entamé vers les services de première ligne ne peut se faire sans la collaboration de la communauté et de l'ensemble des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Dès l'automne 2017, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue annoncera ses couleurs de manière à poursuivre les collaborations déjà existantes, mais également à en démarrer de nouvelles, et ce, dans l'intérêt de la personne qui reçoit des soins et des services de la part du réseau, mais également de celle des organismes du milieu qui contribuent largement à l'offre de service disponible en Abitibi-Témiscamingue.

En terminant, à titre de président du conseil d'administration et de président-directeur général, nous sommes fiers de vous présenter les résultats de la dernière année. Ces résultats ont été rendus possibles grâce à la très grande contribution de l'ensemble des membres de l'organisation en passant par les employés, les médecins, les gestionnaires et les bénévoles qui travaillent tous les jours pour le bien-être de la population de l'Abitibi-Témiscamingue.

Un sincère merci à nos 5 800 employés, nos 501 médecins et nos 1500 bénévoles.

Claude N. Morin
Président du conseil d'administration

Yves Desjardins
Président-directeur général

# 02 DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

# 02 | DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

À titre de président-directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2016-2017 du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

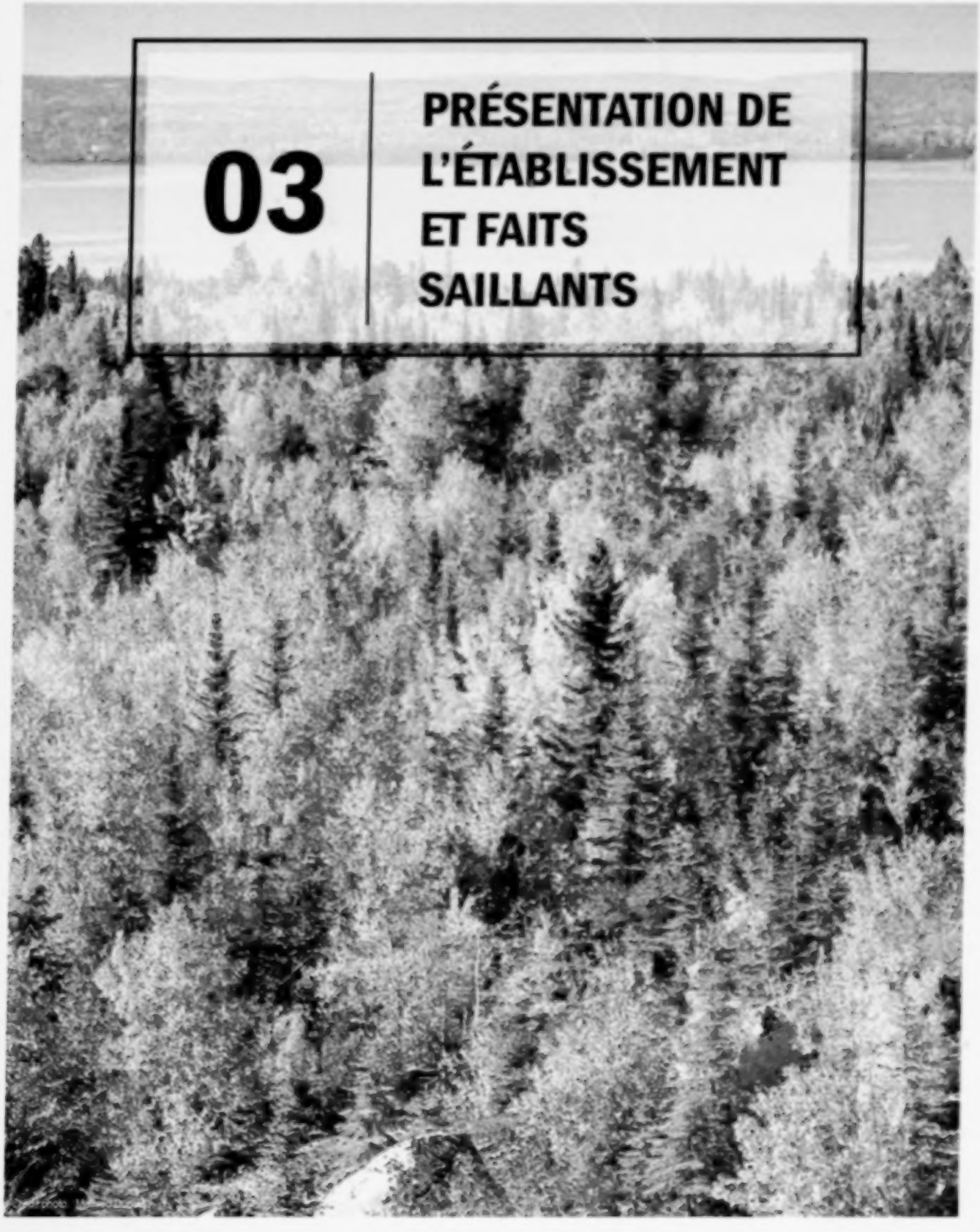
Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2017.

Le président-directeur général

Jacques Boissonneault

**N.D.L.R. :** Les données ont été transmises par M. Jacques Boissonneault, président-directeur général en poste au 31 mars 2017.

# 03 PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET FAITS SAILLANTS



## Mission

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a institué, dans chaque région qu'il a délimitée, un CISSS (article 4 de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales).

La mission du CISSS ainsi que ses responsabilités envers la population qu'il dessert, telles que définies par le MSSS, est de :

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de l'Abitibi-Témiscamingue.

Plus particulièrement, le CISSS doit :

- Planifier, coordonner, organiser et offrir à la population de son territoire l'ensemble des services sociaux et de santé, selon les orientations et les directives ministérielles, et déterminer les mécanismes de coordination de ces derniers;
- Garantir une planification régionale des ressources humaines;
- Réaliser le suivi et la reddition de comptes auprès du MSSS en fonction de ses attentes;
- Assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Assurer une gestion de l'accès simplifié aux services;
- Établir des ententes et des modalités en précisant les responsabilités réciproques et complémentaires avec les partenaires de son réseau territorial de services (RTS) comme les médecins, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies et les autres ressources privées, ainsi qu'avec d'autres établissements du réseau;
- Intégrer les réseaux locaux de services (RLS) établis au profit de son RTS.

# Organigramme de la haute direction
# CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue

Modèle continuum de services – modèle B

31 mars 2017

Ministres

Directeur national de santé publique

Sous-ministre

Autres établissements

Obligation d'établir des liens d'interdépendance avec d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour compléter l'offre de services

Jacques Boissonneault
Président-directeur général

Conseil d'administration

Conseils professionnels au CA
- CMDP
- CII
- CM

Autres comités du CA

Julie Lemire
Commissaire aux plaintes

Commissaire adjoint aux plaintes

Comités du PDG
- DRMG
- CRSP

Sylvain Pinette
Directeur général adjoint programmes sociaux et de réadaptation

VACANT
Président-directeur général adjoint soutien, administration et performance

Philippe Gagné
Directeur de la protection de la jeunesse

Adjointe au PDG relations médias

Soutien à la transformation (temporaire 2 ans)*

- Pour chaque site de l'établissement, il est à prévoir qu'un cadre dont le port d'attache est situé à la même adresse civique sera désigné comme responsable de site. Cette fonction est ajoutée aux responsabilités prévues pour ce cadre.
- * D'ici la nomination du PDGA Soutien administration et performance, le Soutien à la transformation (temporaire 2 ans) relèvera du PDG

Comité de coordination clinique

CSF

Lyse Lemay
Directrice de santé publique

Arrimage/liaisons avec les programmes clientèles concernés par la prévention et la protection de la santé publique

Surveillance de l'état de santé

Promotion de la santé 1re et 2e lignes

Prévention 1re et 2e lignes

Protection de la santé publique 1re et 2e lignes

Sylvain Pinette
Directeur du programme Jeunesse

Directrice adjointe Équipes jeunesse 1re et 2e lignes

Directeur adjoint Pédiatrie, obstétrique, sage-femme

Centre mère-enfant Pédiatrie

Équipes jeunesse Services sage-femme RI-RTF (clinique)

Sylvette Gosselin
Directrice des programmes DI-TSA et DP

Directrice adjointe Programme de déficience physique

Traumatologie Grands brûlés Hôpital de jour URFI

Équipes DI-TSA Équipes DP Centre de jour RI-RTF (clinique)

Sylvie Rouleau
Directrice du programme SAPA

Directrice adjointe Soutien à domicile et services spécialisés

Directeur adjoint Hébergement CHSLD, RI-RTF, Ressources alternatives, Psychogériatrie, Comité des résidents

Gérontologie Gérontopsychiatrie Hôpital de jour

Hébergement Services à domicile Centres de jour RI-RTF (clinique)

Carole Charron
Directrice des programmes Santé mentale et Dépendance

Psychiatrie Hôpital de jour

Équipes santé mentale Équipes dépendance Centres de jour RI-RTF (clinique)

Cogestion clinico-administrative et médicale

CII

Carole Lanoie
Directrice des soins infirmiers

Directrice adjointe Unité de médecine/chirurgie de jour, continuum 1re ligne, coordination des activités et gestion de lits

Directrice adjointe Services 1re ligne, intégration infirmière clinicienne, groupes de médecine de famille et infirmière praticienne spécialisée-soins 1re ligne, générale active

Regroup. clientèles (unités soins) Services courants Coordination soir/ nuit/ fin de semaine etc.

Prévention des infections etc.

DRMG-CRSP-CMDP

Annie Leger
Directrice des services professionnels et de l'enseignement universitaire

Directrice adjointe Services ambulatoires

Directeur adjoint Affaires médicales

Directrice adjointe Services hospitaliers

Chefs de département Centre de cancérologie Gestion des lits Blocs opératoires, urgences, clinique externe, soins critiques, etc.

Pharmacie Accueil/ rendez-vous Archives etc.

CM

Caroline Roy
Directrice des services multidisciplinaires

Directeur adjoint Services diagnostiques et réadaptation

Radiologie Médecine nucléaire Génie biomédical Inhalothérapie Services psychosociaux généraux etc.

Nutrition clinique Soins palliatifs Bénévolat etc.

Mapy Vanieres
Directrice de la qualité, évaluation performance et éthique

Hélène Desjardins
Directrice des services techniques et logistique

Directeur adjoint Hygiène et salubrité, alimentation, buanderie, déchets biomédicaux

Entretien ménager Immobilisation Entretien bâtiments Logistique

Serge Cote
Directeur des ressources informationnelles

Caroline Roy
Directrice intérimaire des ressources humaines, communications et affaires juridiques

Ressources humaines Affaires juridiques Communications Enseignement autre qu'universitaire médical

Marie-Lyne Blair
Directrice des ressources financières et approvisionnement

Directrice adjointe paie, comptes à payer et à recevoir, comptabilité, SIRTF

Finances Budget Approvisionnement RI-RTF (contractuel)

Services transversaux

Pratiques cliniques transversales

Qualité et évolution de la pratique Agrément Patient partenaire Expérience patient Interdisciplinarité etc.

Qualité et évolution de la pratique Agrément Patient partenaire Expérience patient Interdisciplinarité etc.

Qualité et évolution de la pratique Agrément Patient partenaire Expérience patient Interdisciplinarité etc.

Légende :
CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée
CII : conseil des infirmières et infirmiers
CM : conseil multidisciplinaire
CMDP : conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CRSP : comité régional sur les services pharmaceutiques
CSF : conseil des sages-femmes
DI-TSA et DP : déficience intellectuelle, troubles du spectre de l'autisme et déficience physique
DRMG : département régional de médecine générale
RI-RTF : ressources intermédiaires-ressources de type familial
URFI : unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Poste de président-directeur général, président-directeur général adjoint et hors-cadres

Poste cadre supérieur

Poste cadre intermédiaire ou services inclus

# Faits saillants

Au cours de l'année 2016-2017, une multitude de projets et de changements ont eu lieu. Dans les prochaines lignes, vous pourrez en apprendre davantage sur certains d'entre eux.

**Regroupement des analyses de laboratoires - Projet de transformation régionale**

Dans le contexte du regroupement des analyses de laboratoires vers de grands centres serveurs au Québec, communément appelé projet OPTILAB, le CISSS a réalisé un projet de transformation régionale en lien avec l'optimisation de ses analyses. En ce sens, le MSSS a entériné, en mai 2016, le plan de transformation régionale permettant une économie annuelle de l'ordre de 1 025 000 $ annuellement.

Le modèle proposé assure le regroupement de certaines analyses qui sont transférables entre les différentes installations de la région et la mise en place de trois pôles spécialisés : Amos (pathologie), Rouyn-Noranda (microbiologie) et Val-d'Or (biochimie).

Cette transformation permet de conserver notre expertise en région et de la développer en équipe regroupée. De cette façon, une répartition régionale des ressources est assurée avec le moindre impact sur les ressources humaines en place dans chaque secteur. Ce modèle permet également de maintenir une qualité et une accessibilité des services partout sur le territoire.

# Réalisations de l'année 2016-2017

**Inauguration des nouveaux locaux pour les services en déficience physique**

En juin 2016, la Direction des programmes Déficience intellectuelle, Trouble du spectre de l'autisme et Déficience physique (DPDI-TSA-DP) procédait à l'inauguration du nouveau Centre de réadaptation physique de Rouyn-Noranda.

Cette nouvelle construction permet d'accueillir les équipes de réadaptation en déficience physique et en neurotraumatologie dans des locaux adaptés et mieux équipés. Les équipes, antérieurement situées dans des espaces à bureau, bénéficient maintenant de locaux conçus spécifiquement pour la réadaptation dans lesquels des équipements spécialisés sont dorénavant disponibles.

La nouvelle installation, d'une superficie de 2 200 $m^2$, a été construite au coût d'un peu plus de 5 millions de dollars à même les budgets du CISSS. Ce regroupement permet d'offrir des services de réadaptation dans un environnement plus adéquat à une clientèle qui a dorénavant un accès plus facile et sécuritaire aux locaux.

**Mise en place de l'accès priorisé aux services spécialisés et du centre de répartition des demandes de services**

La Direction des services professionnels et de l'enseignement universitaire (DSPEU) a procédé à la mise en place de l'accès priorisé aux services spécialisés (APSS) et du Centre de répartition des demandes de services (CRDS) selon les directives ministérielles et en respect des échéanciers prescrits.

Les objectifs sont d'offrir des services spécialisés accessibles aux usagers de la région, ainsi qu'une meilleure prise en charge et préparation de l'usager pour les consultations. L'usager n'a donc plus la responsabilité de transmettre sa requête de consultation.

Tous les médecins spécialistes de la région sont inscrits au CRDS, ce qui inclut également les médecins en cliniques privées.

**Les aspects positifs pour l'usager sont :**

- Un seul numéro sans frais à composer pour tout questionnement associé à un rendez-vous en clinique spécialisée.
- L'accès à un rendez-vous selon les délais dans l'installation que l'usager souhaite ou avec le médecin désigné préalablement.

| BILAN RÉALISATION PHASE 1 | |
|---|---|
| Requêtes reçues au CRDS | 4 677 |
| Requêtes transférées vers un autre CRDS | 1 |
| Nombre de rendez-vous à traiter | 4 382 |
| Requêtes de rendez-vous fixés | 4 350 |
| Taux de requêtes conformes à traiter | 93,7 % |
| Taux de rendez-vous fixés | 99,9 % |

Ces données permettent de valider que le processus mis en place au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue pour ce qui a trait à l'APSS et au CRDS est un des plus performants au Québec jusqu'à maintenant.

**Adoption du Plan d'action régional en santé publique 2015-2020**

Découlant des orientations du MSSS et des spécificités de l'Abitibi-Témiscamingue et ayant pour vision *Agir ensemble pour la santé de la population de l'Abitibi-Témiscamingue*, le Plan d'action régional (PAR) en santé publique vient identifier les éléments à mettre en œuvre par la Direction de santé publique (DSPu) afin de maintenir et d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales de santé. Celui-ci a été élaboré grâce à la collaboration de tous les acteurs de santé publique et de plusieurs directions du CISSS. Il a comme principe d'offrir des services de façon équitable d'un territoire à l'autre pour que chaque citoyen dispose des mêmes chances de se réaliser dans un environnement favorable à sa santé.

**Rassemblement des équipes jeunesse dans un même point de service**

Les intervenants qui travaillent au programme jeunes en difficulté des anciens centres locaux de services communautaires (CLSC) et centre jeunesse sont maintenant rassemblés dans le même point de service, sauf à Rouyn-Noranda dont le rassemblement se fera d'ici l'été. Les enfants, les jeunes et leurs familles ont dorénavant accès à une gamme de services destinés à la jeunesse en se rendant à un seul endroit dans les municipalités régionales de comté (MRC).

### Rénovation du Centre multiservice de santé et de services sociaux de Témiscaming-Kipawa

Les travaux de rénovation du Centre multiservice de santé et de services sociaux de Témiscaming-Kipawa ont pris leur envol à la mi-février 2017. L'investissement pour l'amélioration des installations se chiffre à 300 000 $. Les principaux secteurs touchés sont :

- Le triage et la salle d'urgence;
- La salle d'attente;
- La chirurgie mineure adjacente à la salle d'urgence.

### La main-d'oeuvre de l'établissement

Au cours de l'année 2016-2017, le CISSS a procédé à l'embauche de 680 personnes, à la réembauche de 185 personnes et à l'accueil de 919 stagiaires.

## Caractéristiques de la population, de son territoire et principales données de santé la concernant

### Une région étendue avec une faible densité de population[1]

La région de l'Abitibi-Témiscamingue s'étend sur une superficie de 58 000 km$^2$ de terres, ce qui en fait une des plus vastes régions du Québec. Sa population étant estimée à 147 982 personnes en 2016, la densité de population y est faible (2,6 habitants au km$^2$) et l'ensemble des résidents représente une très petite fraction de la population québécoise, à peine 1,8 %.

### Le regroupement de 5 MRC

La région se compose de 5 MRC ou territoire équivalent. La MRC de la Vallée-de-l'Or est la plus peuplée avec près de 43 900 habitants. Au 2$^e$ rang se retrouve le territoire équivalent de Rouyn-Noranda qui compte près de 42 300 personnes. La MRC d'Abitibi suit au 3$^e$ rang avec une population d'un peu plus de 24 850 personnes, puis, au 4e rang, celle d'Abitibi-Ouest avec environ 20 900 résidents. La MRC la moins populeuse est celle de Témiscamingue qui comporte environ 16 000 personnes.

### De nombreuses petites municipalités

On retrouve 65 municipalités sur le territoire, une dizaine de territoires non organisés et 7 communautés autochtones (réserves ou établissements indiens). Près des trois quarts des municipalités s'avèrent cependant de petite taille puisqu'on y recense moins de 1 000 habitants; la plus petite compte 130 résidents et la plus importante 42 300 personnes. Un peu plus de la moitié de la population réside dans un des 8 pôles urbains (municipalité de plus de 2 500 habitants) tandis que 42 % vit en milieu rural.

1 Source : Statistique Canada et Institut de la statistique du Québec, estimations démographiques provisoires pour 2016, produites en mars 2017.

### Une population en très faible croissance

Au cours des 5 dernières années, la population de l'Abitibi-Témiscamingue a enregistré une très faible croissance, de l'ordre de 0,3 %, alors que le Québec a affiché une croissance continue de 3,0 % au cours de la même période. La faible croissance de la population régionale s'explique principalement par un solde migratoire plus souvent négatif (plus de départs que d'arrivées de nouveaux résidents) que positif qui est venu contrer l'accroissement naturel (plus de naissances que de décès) observé.

### Une population toujours légèrement plus jeune que la population québécoise

La population témiscabitibienne a longtemps été un peu plus jeune que la population québécoise. Toutefois, l'écart entre les deux s'amenuise d'année en année, le vieillissement s'accélérant dans la région. L'âge moyen en Abitibi-Témiscamingue s'établit ainsi à 41,8 ans en 2016 comparé à 41,9 ans au Québec, un écart de 0,1 an alors qu'au début des années 2000 cette différence était de presque 1,5 an.

Au nombre d'environ 29 000, les jeunes de moins de 18 ans sont relativement un peu plus nombreux qu'au Québec puisqu'ils forment 19,5 % de l'ensemble de la population comparativement à 18,5 % au Québec. La population âgée de 18 à 64 ans compte un peu plus de 93 000 personnes et représente 63,0 % du total comparé à 63,4 % au Québec. Enfin, on dénombre un peu plus de 25 800 aînés de 65 ans et plus dans la région, ce qui correspond à 17,5 % de la population comparativement à 18,1 % au Québec.

Comme au Québec, le vieillissement de la population est déjà enclenché depuis plusieurs années et se poursuit dans l'ensemble de la région. Concrètement, cela se traduit au fil des ans par une diminution progressive du nombre et de la proportion des jeunes de moins de 18 ans au sein de la population, de même qu'une croissance continue du nombre et de la proportion des aînés.

### Une région à majorité masculine

Avec un ratio, en 2016, de 104 hommes pour 100 femmes, l'Abitibi-Témiscamingue se présente comme une région majoritairement masculine. Elle continue de se démarquer du Québec où la situation inverse prévaut avec un ratio de 99 hommes pour 100 femmes.

### Une région principalement francophone

Bien que la région compte 5 500 personnes de langue maternelle anglaise (3,8 %)[2], moins de 1 900 personnes peuvent soutenir une conversation en anglais seulement, ce qui représente 1,3 % de la population. La population d'expression anglaise se retrouve surtout au Témiscamingue, dans la Vallée-de-l'Or et, dans une moindre mesure, à Rouyn-Noranda.

---

2 Source : Statistique Canada, Recensement 2011.

## LES PREMIÈRES NATIONS EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE : une petite population aux caractéristiques bien distinctes

### Des communautés jeunes à la croissance soutenue

Les Premières Nations sont bien présentes en Abitibi-Témiscamingue. Ce sont des communautés algonquines qui comptent un peu plus de 7 900 personnes, représentant ainsi 5,4 % de la population régionale[3]. Plus de la moitié des Autochtones sont rattachés à l'une des quatre communautés du Témiscamingue, le tiers aux deux communautés de la Vallée-de-l'Or et les autres à la communauté de Pikogan située dans la MRC d'Abitibi. Plus de la moitié habite une réserve ou un établissement indien tandis que les autres demeurent hors réserve.

Alors que l'ensemble de la population témiscabitibienne a connu une hausse inférieure à 1 % au cours des 5 dernières années, la population autochtone continue de s'accroître à un rythme très soutenu et a enregistré une hausse de 8,7 % de 2012 à 2016.

Les membres des Premières Nations se distinguent également par leur jeunesse. En effet, plus du quart (28,1 %) d'entre eux ont moins de 18 ans. À l'autre extrême, les aînés de 65 ans et plus sont très peu nombreux, formant seulement 8,6 % de la population autochtone comparé à 17,5 % dans l'ensemble de la région.

### Les femmes majoritaires chez les membres des Premières Nations

En plus de leur vitalité et de leur jeunesse, les communautés autochtones de la région se démarquent avec une proportion relativement plus élevée de femmes que d'hommes au sein de leur population, le ratio étant de 100 femmes pour 94 hommes comparé à 100 femmes pour 104 hommes dans l'ensemble de la région.

---

3 Source : Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada. Système d'inscription des indiens au 31 décembre 2016.

## Conseil d'administration

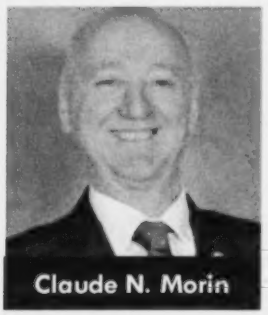
En vertu de l'article 3.0.4. de la Loi sur le ministère du conseil exécutif, le conseil d'administration de tout CISSS est tenu d'établir un code d'éthique et de déontologie. Celui-ci rappelle les administrateurs à un devoir d'éthique et de loyauté et indique les modalités à suivre si l'on juge qu'il y a des irrégularités.

À ce jour, il n'y a eu aucun manquement au code d'éthique.

Le code d'éthique et de déontologie se retrouve en annexe du Rapport annuel de gestion et peut également être consulté sur le site web du CISSS à l'adresse suivante : http://www.cisss-at.gouv.qc.ca

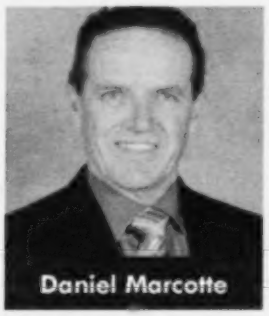
## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

### LES OFFICIERS



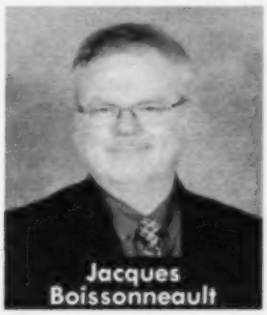
**Claude N. Morin**

Membre indépendant – compétences en gouvernance et éthique
**Président**



**Daniel Marcotte**

Membre indépendant – compétences en ressources immobilières informationnelles ou humaines
**Vice-président**



**Jacques Boissonneault**

Président-directeur général
**Secrétaire**

# LES ADMINISTRATEURS

**Yves Bédard**

Milieu de l'enseignement

**Jacques Bourgeois**

Conseil multidisciplinaire

**Claude Duchesne**

Conseil des infirmières et infirmiers

**Monic Ferron**

Comité des usagers

**Daniel Lampron**

Membre indépendant – expertise en réadaptation

**Salomée Mckenzie**

Membre indépendant – Expertise en santé mentale

**Lisyane Morin**

Membre indépendant – expertise dans les organismes communautaires

**Madeleine Paquin**

Membre indépendant – compétences en gestion des risques, finance et comptabilité

**Richard Vallée**

Membre indépendant – expertise en protection de la jeunesse

**Dr Joël Pouliot**

Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

**Diane Sigouin**

Membre indépendant – compétences en vérification, performance ou gestion de la qualité

**Dr Stéphane Terrault**

Département régional de médecine générale

Membre observateur – président désigné par les fondations

**Vacant**

Comité régional sur les services pharmaceutiques

**Vacant**

# Les comités, les conseils et les instances consultatives

## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

- Louise Beaupré
- Anick Beauséjour
- Lyne Bizier
- Jacques Boissonneault*
- Claudette Carignan
- Annie Carrier
- Carole Charron
- Annette Desjardins
- Hélène Desjardins
- Isabelle Galarneau
- Sylvette Gilbert
- Carole Lahaie
- Dre Lyse Landry
- Dre Annie Léger
- Sylvain Plouffe
- Clara Popa
- Marie-Josée Racicot
- Marie-Josée Rancourt
- Sylvie Routhier
- Caroline Roy
- Maggy Vallières**
- Poste vacant, médecin

## COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

- Jacques Boissonneault*
- Monic Ferron*
- Julie Lahaie
- Diane Sigouin*
- Richard Vallée*
- Maggy Vallières**

## COMITÉ RESSOURCES HUMAINES

- Claude N. Morin*
- Yves Bédard*
- Jacques Boissonneault*
- Lisyane Morin*
- Jean-Yves Poitras*
- Caroline Roy**

## COMITÉ DE VÉRIFICATION

- Madeleine Paquin,* présidente
- Claude N. Morin*
- Daniel Lampron*
- Daniel Marcotte*
- Richard Vallée*
- Marie-Lyne Blier**

*Membre du conseil d'administration | **Personne-ressource

## COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE

- Jacques Boissonneault*
- Daniel Marcotte*
- Madeleine Paquin*
- Lisyane Morin*
- Claude N. Morin*
- Jean-Yves Poitras*
- Louise Bilodeau**

## COMITÉ DE RÉVISION

- Yves Bédard*
- Dre Julie Desroches, membre substitut
- Dre Hélène Hottlet, membre substitut
- Dr Marc Rivard
- Dr Nicolas Tabah
- Sylvianne Leclerc**

## COMITÉ DES USAGERS

- Claudette Carignan, présidente
- Carole Bédard
- Gisèle Chrétien
- Gisèle Falardeau
- Monic Ferron*
- Jacqueline Gaignard
- Dominique Guillemette
- Marie Grondin
- Céline Hubert
- Margret Janvier
- Jacques Leblanc
- Maggy Vallières**

## COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

- Annie-Claude Lavigne, présidente
- Marie- Josée Rancourt, vice-présidente
- Jacques Boissonneault*
- Francine Gaudet
- Caroline Langevin
- Sylvie Larochelle
- Marlène Lessard
- Annie Létourneau
- Karolane Lévesque
- Julie-Mélissa Picard
- Marie-Ève Quévillon
- Jenny Rivard
- Chantal Tremblay
- Carole Lahaie**, secrétaire

*Membre du conseil d'administration | **Personne-ressource

## COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS

- Dre Natalie East, présidente
- Dre Catherine St-Jean, 1re vice-présidente
- Dr Pierre-Olivier Roy, 2e vice-président
- Dre Kimi Valet, secrétaire
- Suzie Alain (pharmacienne), trésorière
- Jacques Boissonneault*
- Dr Guillaume Chevalier Soudeyns
- Dr Alain Moukheiber
- Dre Tuong-Ve Pham
- Dr Jean-Simon Roch Matte
- Dr Oussine Souissi
- Dre Annie Léger**

## COMITÉ EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE

- Diane Benguigui
- Mélanie Bernier*
- Alexandra Barette-Neveu
- Cassandra Buteau-Pilon
- Marie-Ève Dupuis
- Marie-Claude Gagné
- Marie-Ève Gagnon-Nolet
- Mélanie Hamelin
- Sophie Higgins
- Annie Lefebvre
- Line Ouellet
- Guillaume Petit
- Cindy Trudel
- Caroline Roy**

*Membre du conseil d'administration | **Personne-ressource

# 04 RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

Crédit photo : Mathieu Dupuis

# 04 | RÉSULTATS AU REGARD DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

## Fiche de reddition de comptes de l'entente de gestion et d'imputabilité (EGI) 2016-2017
## Indicateurs du Plan stratégique 2015-2020

### 1.1 SANTÉ PUBLIQUE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.01.13-EG2 Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) | 47 | 60,8 | N/A |
| 1.01.19.01-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – diarrhées associées au Clostridium difficile | 95 | 100 | 95 |
| 1.01.19.02-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis – bactéries à Staphylococcus aureus résistants à la méthicilline (SARM) | 95 | 80 | 95 |
| 1.01.19.04-PS Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales conformes aux taux établis - bactériémies nosocomiales associées aux voies d'accès vasculaires en hémodialyse (installations offrant des services de la mission-classe Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)) | 95 | 100 | 95 |

**Commentaires :**
Tous les établissements ont obtenu des résultats de 100 % d'atteinte des objectifs, à l'exception d'un centre hospitalier qui a eu un taux observé de 0,43 alors que le taux établi était de 0,36. Toutefois, il faut mentionner que ce taux fut observé malgré le fait que le centre hospitalier en question n'ait eu qu'une seule bactériémie à SARM nosocomiale. De là, l'importance de tenir compte de la réalité des petits centres ayant de petits chiffres.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 1.1 SANTÉ PUBLIQUE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.01.27-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais | 90 | 91,7 | N/A |
| 1.01.28-EG2 Proportion des enfants recevant leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais | 90 | 80,3 | N/A |

**Commentaires :**
Pour l'ensemble de la région, une diminution de 2 % est observée en comparaison avec l'année 2015-2016, et ce, pour les deux indicateurs.

1.01.27
Malgré cette baisse, 5 des 6 installations ont atteint la cible avec des résultats variant de 93 à 95 %. Un seul a enregistré un taux en dessous de la cible avec 86,6 %. Cet établissement a été particulièrement touché par des contraintes organisationnelles en lien avec la restructuration du réseau soit l'augmentation des demandes de services auprès des infirmières en périnatalité (congés précoces) combinée à un poste de vaccinatrice vacant dû à un long délai pour l'affichage.

1.01.28
Un seul établissement a atteint la cible. Un d'entre eux éprouve davantage de difficulté avec un taux en dessous de 76 %.

Pour atteindre la cible, il faut s'assurer que tout le personnel nécessaire est en fonction, être stratégique lors de l'attribution des rendez-vous, c'est-à-dire répéter le message aux parents sur l'importance de vacciner le plus près de la date prévue, faire des relances et s'assurer que des plages horaires sont disponibles pour répondre au besoin des parents, en particulier pour les rendez-vous d'un an qui coïncident avec la fin des congés de maternité. Soulignons que parmi les stratégies mises en place, une note de service au sujet du rendez-vous d'un an a été envoyée aux agentes administratives responsables de la planification des rendez-vous de vaccination.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.01.29-PS Nombre d'activités de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) chez les jeunes de 15 à 24 ans | 950 | 1 011 | 1 000 |

**Commentaires :**
La cible est atteinte. Les services sont maintenus de façon à répondre aux besoins et d'atteindre notre cible de 2020.

Les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) sur le territoire de l'Abitibi-Témiscamingue ont connu une constance au niveau du personnel infirmier dans la dernière année. Nous devrons être vigilants concernant la disponibilité des ressources dans la prochaine année, car déjà des mouvements sont prévus dans la dotation des postes. De plus nous souhaitons avoir un regard réflexif et critique sur nos moyens de rejoindre la population vulnérable.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 1.2 SERVICES GÉNÉRAUX – ACTIVITÉS CLINIQUES ET D'AIDE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.02.04-EG2 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre minutes ou moins | 90 | 95,6 | N/A |

**Commentaires :**
La cible est atteinte. Poursuite de l'entente de service avec le centre intégré Universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

## 1.3 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.03.05.01-S Nombre total d'heures de service de soutien à domicile (SAD) longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services | 351 937 | 373 783 | N/A |

**Commentaires :**
La mise en œuvre d'un plan d'action pour la réduction des niveaux de soins alternatifs (NSA) a impliqué plusieurs mesures, dont un virage des soins et services vers la communauté avec le programme Rester chez soi. Ce virage s'inscrit dans les orientations ministérielles et vise à mieux rejoindre et desservir la clientèle âgée en perte d'autonomie et la clientèle ayant une déficience. La transformation des pratiques en SAD s'est traduite par une diversification de l'offre de service, un élargissement de la couverture de services, une intensification des services ainsi qu'une augmentation du volume de la clientèle desservie. Les cibles relatives au nombre de personnes desservies et aux heures services fournies à la clientèle soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), DI-TSA et DP sont atteintes.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.03.07.01-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée | 83,3 | 66,7 | 100 |
| 1.03.07.02-PS Pourcentage des milieux hospitaliers ayant implanté les composantes 3, 4 et 5 de l'approche adaptée à la personne âgée | 66,7 | 66,7 | 100 |
| 1.03.10-PS Pourcentage de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) implantés de façon optimale | 80 | 80 | 100 |

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 1.3 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

**Commentaires :**

Des structures régionale et locale ont été mises en place par la Direction des soins infirmiers (DSI) (table régionale et comités locaux dans chaque installation). Des plans d'action régionaux et locaux ont été élaborés et sont en cours de réalisation afin d'atteindre nos engagements. Par ailleurs, l'harmonisation des pratiques, des processus, des outils et de la formation sont en cours pour toutes nos installations, car l'implantation est à géométrie variable. Une emphase sera apportée à ces aspects afin de rendre toutes nos installations conformes à l'atteinte de ces composantes. Pour l'année 2016-2017, ces trois secteurs supplémentaires ont atteint les objectifs d'implantation des composantes 1, 2 et 6 de l'approche adaptée à la personne âgée. Pour les deux secteurs qui n'atteignent pas l'objectif, ils sont à 70 et 83 % d'implantation de ces composantes.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.03.11-PS Nombre de personnes desservies en soutien à domicile de longue durée (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP) | 3 477 | 3 481 | 3 834 |

**Commentaires :**

La cible est atteinte. Les efforts sont mis en place pour continuer la progression en vue d'atteindre l'engagement de la prochaine année.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.03.12-PS Pourcentage de personnes recevant des services de soutien à domicile de longue durée ayant une évaluation mise à jour et un plan d'intervention (adultes des programmes-services SAPA, DI-TSA et DP) | 90 | 75,6 | 90 |

**Commentaires :**

Certains retards sont observés au niveau de l'évaluation des besoins et des plans d'intervention dans certains territoires. Au cours des deux dernières périodes, des actions ont été prises afin de hausser de manière significative le résultat. Des augmentations significatives ont été observées dans les territoires à l'exception d'un qui a connu un grand roulement de personnel et un changement de chef. Les interventions intensives en lien avec les NSA ont beaucoup sollicité le soutien à domicile qui en a fait sa priorité en cours d'année. Le nouveau système de rapport du MSSS en lien avec les suivis de mises à jour et plan facilitera la planification périodique de cette action.

## 1.3 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES (SAPA)

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.03.13-EG2 Pourcentage de personnes nouvellement admises en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ayant un profil ISO-SMAF de 10 et plus | 80 | 77,9 | N/A |

**Commentaires :**
En ce qui a trait aux profils des personnes nouvellement admises en CHSLD, un comité de travail a été mis en place afin de tracer le portrait de la situation et identifier des pistes de solutions, lesquelles permettront d'atteindre la cible. Les personnes admises en CHSLD dont le profil est inférieur à 10 sont constituées majoritairement de personnes ayant un profil 9, puis on retrouve celles ayant un profil 7 et 8. Des ressources spécialisées d'hébergement pour des personnes ayant une déficience physique et des personnes ayant une problématique de santé mentale sont actuellement à l'étude.

## 1.4 DÉFICIENCE PHYSIQUE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.45.04.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 90 | 96,7 | N/A |
| 1.45.04.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 90 | 91,9 | N/A |

## 1.5 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.45.05.01-EG2 Taux des demandes de services traitées en CLSC, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 90 | 95,7 | N/A |
| 1.45.05.05-EG2 Taux des demandes de services traitées en Centre de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI), selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS | 90 | 78,2 | N/A |

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

**Commentaires :**
Au niveau des TSA, la cible de 90 jours est légèrement dépassée dû au fait que les pédiatres émettent dorénavant un diagnostic provisoire en TSA qui a eu pour effet de presque doubler la clientèle en un court laps de temps. La révision de l'offre de service DI-TSA et l'implantation des guides de pratique TSA sont en cours afin d'atteindre les cibles visées.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.05.15-PS Délai moyen pour l'accès à un service spécialisé chez les enfants de moins de 5 ans présentant un trouble du spectre de l'autisme (moins de 90 jours) | 90 | 109,24 | 90 |

**Commentaires :**
Au niveau des TSA, la cible de 90 jours est dépassée dû au fait que les pédiatres émettent dorénavant un diagnostic provisoire en TSA qui a eu pour effet de presque doubler la clientèle en un court laps de temps. La révision de l'offre de service DI-TSA et l'implantation des guides de pratique TSA sont en cours afin d'atteindre les cibles visées.

Par ailleurs, les crédits additionnels en TSA devraient permettre de désengorger la liste d'attente. Cependant, il faut prévoir plusieurs mois avant de pouvoir absorber cet afflux de nouvelles demandes. Le délai moyen devrait augmenter dans les prochaines périodes pour se rapprocher de la cible au plus tôt à la période 10 de 2017-2018.

## 1.7 DÉPENDANCES

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.07.04-EG2 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins | 80 | 86,3 | N/A |

**Commentaires :**
Le pourcentage des personnes évaluées dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins a augmenté de plus de 6 % comparativement à l'an passé.

Nous avons revu avec les équipes le cadre de saisie de données; en ce sens, l'application des normes et le suivi des gestionnaires à cet égard a permis une plus grande adéquation des données.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.07.06-PS Taux d'implantation de l'offre de service de détection et d'intervention précoce en dépendance | 75 | 93,8 | 90 |

**Commentaires :**
La cible est atteinte avec une augmentation de plus de 8 % comparativement à l'an passé. L'augmentation s'explique principalement par la mise en place d'ententes de collaboration avec des communautés autochtones.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 1.8 SANTÉ MENTALE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.08.13-PS Nombre de places en soutien d'intensité variable reconnues par le MSSS | 288 | 288 | 317 |

**Commentaires :**
La cible est atteinte.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.08.14-PS Nombre de places de suivi intensif dans le milieu reconnues par le MSSS | N/A | N/A | N/A |
| 1.08.15-EG2 Nombre d'usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe pour lesquels le délai d'accès excède 30 jours | 169 | 78 | N/A |

**Commentaires :**
La cible est atteinte. Il y a 58 usagers en attente d'une consultation médicale en psychiatrie ou pédopsychiatrie en clinique externe de moins que l'année dernière, soit une diminution de 34 %.

La difficulté d'accès à des pédopsychiatres en région influence défavorablement la liste d'attente en jeunesse.

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE - SÉJOUR À L'URGENCE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.01-PS Durée moyenne de séjour pour la clientèle sur civière à l'urgence | 10 | 10,61 | 8 |
| 1.09.43-PS Pourcentage de la clientèle dont le délai de prise en charge médicale à l'urgence est moins de 2 heures | 65 | 60,2 | 90 |
| 1.09.44-PS Pourcentage de la clientèle ambulatoire dont la durée moyenne de séjour à l'urgence est moins de 4 heures | 70 | 64,4 | 90 |

**Commentaires :**
Certaines modalités ont été instaurées dans la dernière année et permettent une amélioration des résultats comparativement à l'an passé. Par exemple, le comité cheminement des usagers a été instauré avec 5 comités locaux. Des indicateurs font l'objet d'une surveillance et d'une vigie quotidienne accrue, dont ceux concernant l'urgence. Toutes les installations tiennent quotidiennement un comité de gestion de lits et les admissions en provenance de l'urgence sont priorisées. Les admissions pouvant être évitées sont identifiées et l'utilisation des services de première ligne est un incontournable.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE – SOINS PALLIATIFS – RADIO-ONCOLOGIE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.05-PS Nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile | 369 | 434 | 378 |
| 1.09.45-PS Nombre de lits réservés en soins palliatifs et de fin de vie | 24 | 24 | 15 |

**Commentaires :**
Les cibles sont atteintes avec une belle progression concernant le nombre d'usagers en soins palliatifs et de fin de vie à domicile passant de 318 usagers en 2015-2016 à 434 en 2016-2017, soit une augmentation de plus de 36 %.

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – DURÉE DE L'ATTENTE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.32.00-PS Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour l'ensemble des chirurgies | 0 | 0 | 0 |

**Commentaires :**
Toutes les chirurgies de plus d'un an ont finalement été éliminées à la période 11 et nous avons atteint l'objectif d'aucun délai dépassant 6 mois.

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.33.01-PS Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier) | 90 | 85,2 | 90 |

**Commentaires :**
Les travaux se poursuivent pour améliorer les délais. À chaque période financière, les données sont révisées et des actions sont entreprises afin de réviser chaque dépassement et mettre en place les mesures pour y pallier le cas échéant.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – DURÉE DE L'ATTENTE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.33.02-EG2 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier) | 100 | 98,6 | N/A |

**Commentaires :**
Quelques cas particuliers qui auraient dû être inscrits comme non disponibles viennent fausser les données dans SIMASSS, autrement les délais seraient rencontrés. Les travaux se poursuivent pour améliorer les délais. À chaque période financière, les données sont révisées et des actions sont entreprises afin de réviser chaque dépassement et mettre en place les mesures pour y pallier le cas échéant.

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE – PREMIÈRE LIGNE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.25-PS Nombre total de groupes de médecine de famille (GMF) accrédités | 7 | 7 | 7 |
| 1.09.27-PS Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille | 75 | 76,79 | 85 |

**Commentaires :**
Les cibles sont atteintes. Le résultat du pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille est en augmentation comparativement à l'an passé et les actions se poursuivent dans le but d'augmenter et d'atteindre la cible de 85 % en 2017-2018

## 1.9 SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – IMAGERIE MÉDICALE

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 1.09.34.02-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les scopies | 90 | 100 | 100 |
| 1.09.34.03-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les mammographies diagnostiques | 90 | 100 | 100 |

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

| 1.9 SANTÉ PHYSIQUE – CHIRURGIE – IMAGERIE MÉDICALE (suite) | | | |
|---|---|---|---|
| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
| 1.09.34.04-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies obstétricales | 90 | 99 | 100 |
| 1.09.34.05-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies cardiaques | 90 | 75 | 100 |
| 1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les échographies mammaires | 90 | 86 | 100 |
| 1.09.34.07-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les autres échographies | 90 | 91,8 | 100 |
| 1.09.34.08-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les tomodensitométries | 90 | 100 | 100 |
| 1.09.34.09-PS Pourcentage des demandes de services en attente de moins de trois mois pour la clientèle élective en imagerie médicale pour les résonances magnétiques | 90 | 100 | 100 |

**Commentaires :**
Les résultats des cibles de l'EGI pour 2016-2017 sont grandement améliorés en comparaison à l'année précédente. Des mesures ont été déployées, notamment par l'ajout de plages additionnelles en mammographie et en échographie, de même que l'utilisation optimale des équipements en échographie, ce qui permet de terminer l'année, pour la plupart des indicateurs, au-delà des cibles visées. Pour ce qui est de la résonance magnétique, un plan d'optimisation des rendez-vous a bonifié les horaires de 16 heures par jour, 7 jours par semaine, permettant d'atteindre la cible à 100 %. La cible concernant la lecture des examens en imagerie médicale à l'intérieur d'un délai de 7 jours est atteinte à plus de 90 %, à l'exception des mammographies diagnostiques et de la résonance magnétique en raison de la production massive de ces examens dans les dernières semaines, cependant les résultats se sont améliorés comparativement à l'année dernière.

1.09.34.05-PS
Pourcentage des demandes en imagerie médicale qui sont en attente depuis moins de trois mois pour les échographies cardiaques.

La cible est partiellement atteinte pour les examens électifs en échographies cardiaques pour 2 des 5 installations. Un cardiologue se déplace entre 3 installations de la région pour assurer l'offre de service d'échographie cardiaque. La disponibilité du cardiologue amène une variation dans l'atteinte de la cible. De plus, les examens d'échographie cardiaque sont réalisés dans une salle d'échographie du service d'imagerie médicale et le temps d'utilisation est partagé avec la réalisation des échographies mammaires, obstétricales et autres. Ainsi, les plages horaires utilisées pour les échographies cardiaques affectent les autres modalités d'échographies réalisées et inversement.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

1.09.34.06-PS Pourcentage des demandes en imagerie médicale en attente depuis moins de trois mois pour les échographies mammaires.

La cible est partiellement atteinte pour les examens électifs en échographies mammaires. Toutes les installations de la région ont fait face à un bris de service en 2016-2017 pour assurer le changement d'appareil de mammographie. Par ailleurs, le maintien à jour des délais en échographie mammaire s'est avéré plus difficile pour une installation, car les appareils d'échographie sont partagés avec d'autres services spécialisés, telles l'obstétrique et la cardiologie. Pour une installation, un seul radiologiste est sur place et la charge de travail repose sur ce radiologiste. Il est donc seul pour offrir le service d'échographie mammaire. L'arrivée d'un radiologiste de plus permettra plus facilement d'atteindre la cible.

## 2.2 HYGIÈNE ET SALUBRITÉ

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 2.02.02-EG2 Niveau de réalisation moyen des étapes requises pour l'élimination des zones grises en hygiène et salubrité | 100 | 100 | 100 |

**Commentaires :**
La cible est atteinte. Les dernières zones grises qui n'avaient pas été attribuées aux soins ou au service hygiène et salubrité l'an passé l'ont été cette année.

## 3.1 RESSOURCES HUMAINES

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 3.01-PS Ratio d'heures d'assurance salaire | 6,41 | 7,88 | 6,31 |
| 3.05.02-PS Taux d'heures supplémentaires | 3,38 | 3,86 | 3,38 |
| 3.06.00-PS Taux de recours à la main-d'oeuvre indépendante | 1,25 | 1,49 | 1,25 |

**Commentaires :**
Malgré nos cibles ambitieuses concernant l'assurance salaire et le temps supplémentaire pour l'année 2016-2017, une détérioration des résultats est observée pour ces 2 éléments. La dernière année fut particulièrement difficile sur le plan de la gestion des ressources humaines, avec par surcroît une direction qui a éprouvé des dysfonctionnements majeurs. Une restructuration et une réorganisation en profondeur de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) ont eu lieu au début 2017; une nouvelle offre de service a été élaborée et une transformation majeure comprenant 10 chantiers est commencée avec l'objectif de diminuer les taux (ratios) de ces indicateurs.

Aussi, un important travail de responsabilisation de l'ensemble des cadres sur la gestion des effectifs doit être réalisé; un plan d'action pour mettre en œuvre un programme d'accompagnement des gestionnaires a été mis de l'avant. La mise en place d'un volet de développement organisationnel au sein de notre organisation de même qu'un service de soutien et d'accompagnement pour la gestion de changement est actuellement en chantier.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## 3.1 RESSOURCES HUMAINES (suite)

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|

Bien que le taux de main-d'œuvre indépendante ait été réduit au cours de la dernière année, nous pourrions faire beaucoup mieux par l'entremise d'une meilleure gestion des effectifs, une meilleure gestion de la liste de rappel ainsi que par la titularisation des postes au niveau des infirmières et infirmières auxiliaires; une démarche de titularisation est actuellement en cours en partenariat avec le syndicat Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ). Sur le plan du contrôle des effectifs, conformément à la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs, l'établissement a dépassé la cible qui lui a été attribuée pour l'année 2016-2017 de 2 194 heures. À noter que ce dépassement correspond à 0,025 %, puisque le nombre d'heures totales effectuées en 2016-2017 est de 8 749 511. Ce dépassement s'explique en partie par une augmentation des heures effectuées en taux supplémentaire, nécessaire pour que les engagements liés à l'offre de service de l'établissement soient respectés. Variation à la baisse pour le total du personnel en comparaison à 2014.

## 3.1 RESSOURCES TECHNOLOGIQUES

| Nom de l'indicateur | Engagement 2016-2017 | Résultat 2016-2017 | Cible 2020 |
|---|---|---|---|
| 6.01.01-EG2 Proportion des ressources à jour dans le Répertoire des ressources en santé et services sociaux (RRSS) | 95 | 80 | N/A |

**Commentaires :**

La cible n'est pas atteinte en date du 31 mars 2017, mais de constants efforts tout au long de l'année ont permis de dépasser la cible dans 8 des 12 dernières périodes. Un nombre élevé de mises à jour annuelles a lieu en mars et malgré nos relances téléphoniques, il ne nous a pas été possible de rejoindre l'ensemble des ressources dans le temps souhaité. Nous prévoyons maintenir une vigilance à cet égard et prévoir une ressource humaine supplémentaire en mars prochain lors de la mise à jour annuelle de ces ressources.

Atteinte de l'engagement | Atteinte de l'engagement égal ou supérieur à 90 % et inférieur à 100 % | Atteinte de l'engagement inférieur à 90 %

## Fiche de reddition de comptes attentes spécifiques chapitre 3 EGI 2016-2017

| SANTÉ PUBLIQUE | | |
|---|---|---|
| Priorité | Livrable attendu | État d'avancement des résultats |
| 1.1 Bilan des activités réalisées en santé publique | Un bilan faisant état des ressources humaines consenties pour la mise en œuvre des activités selon le centre d'activité (nombre de personnes travaillant à temps complet ou son équivalent temps complet) et des activités réalisées selon le milieu de vie ciblé (types d'activités, description des activités, objectifs généraux, état de la mise en œuvre des activités, principaux partenaires engagés dans la mise en œuvre des activités, etc.) est demandé. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 1.2 Comité prévention et contrôle des infections nosocomiales | Compléter le formulaire GESTRED indiquant l'existence ou non du comité et le nombre de rencontres en conformité avec le cadre de référence. Un comité fonctionnel est un comité multidisciplinaire qui a tenu quatre rencontres ou plus au cours de l'année financière se terminant le 31 mars. Le mandat et la composition de ce comité sont précisés dans le document « Les infections nosocomiales - Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec », Santé et Services sociaux Québec, 2006. La mise à jour de ce dernier est en cours et sa publication est prévue en décembre 2016. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |

| SERVICES SOCIAUX | | |
|---|---|---|
| Priorité | Livrable attendu | État d'avancement des résultats |
| 2.1. Liste des installations et organismes au sein du RSSS devant implanter les protocoles d'intervention en matière d'itinérance | L'établissement devra transmettre une liste des installations et organismes de sa région devant implanter le protocole. Un gabarit à compléter sera fourni, lequel comportera des indications permettant l'identification des installations et organismes pertinents.<br><br>La liste des installations et organismes transmise permettra de déterminer la cible pour l'établissement, ainsi que la cible nationale, associée à l'indicateur. | ☐ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☒ Pas concerné |

| SERVICES SOCIAUX | | |
|---|---|---|
| Priorité | Livrable attendu | État d'avancement des résultats |
| 2.2 Programme d'intervention en négligence (PIN) | Le formulaire GESTRED identifie les composantes devant être présentes dans un PIN pour qu'il soit efficace. Il prévoit également une section pour identifier le nombre d'usagers ayant participé au programme. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 2.3 Consolidation du service de consultation téléphonique psychosociale 24/7 (info social) | L'établissement doit produire un état de situation afin d'exposer les mesures prises pour respecter et atteindre les standards comme prescrit dans l'offre de service sociaux généraux. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 2.4 Évaluation et élaboration d'un plan d'intervention pour tous les usagers hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée public | L'établissement doit viser à ce que toutes les personnes hébergées aient une évaluation à jour, à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), et possèdent un plan d'intervention.<br><br>Les résultats des profils ISO-SMAF à jour et des plans d'intervention devront être transmis dans le formulaire GESTRED prévu à cette fin. Un état de situation sur les résultats obtenus devra également être produit. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 2.5 Plan territorial d'amélioration de l'accès et de la continuité (PTAAC) | L'établissement devra compléter et transmettre le PTAAC. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 2.6 Application du nouveau lexique des variables du Relevé quotidien de la situation à l'urgence et en centre hospitalier | L'établissement doit produire un état de situation sur l'application du nouveau lexique RQSUCH. Celui-ci devra faire état des actions entreprises pour, d'une part, s'assurer de la validité des données dans le contexte d'un changement au niveau des variables, et d'autre part, actualiser les quatre principes directeurs visant à instaurer de meilleures pratiques dans l'organisation et la dispensation des soins et services. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 2.7 Portrait des lits de soins et services postaigus | L'établissement doit produire un état de situation pour documenter l'offre de lits de soins et services postaigus qui contiendra, notamment, son rôle et fonctionnement, les clientèles desservies ainsi que les ressources et les mécanismes de liaison avec les autres composantes du continuum. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |

| SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE | | |
|---|---|---|
| **Priorité** | **Livrable attendu** | **État d'avancement des résultats** |
| 3.1 Suivi de l'accès aux services spécialisés et atteinte des cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec | Un plan de travail permettant d'atteindre les cibles de l'entente entre le MSSS et la Fédération des médecins spécialistes du Québec lié à la Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée (2015, chapitre 25) doit être déposé. Par la suite, un suivi régulier des résultats de ce plan de travail sera fait sous la forme d'états de situation. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 3.2 Maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs | Un plan d'action triennal 2016-2019 devra être élaboré en impliquant les entités concernées, dont en premier lieu les promoteurs des dix-neuf projets d'implantation ciblés. Un état de situation des réalisations de l'établissement devra également être produit. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 3.3 Plan d'action par établissement réalisé sur la base du Plan d'action national 2016-2018 | L'établissement devra déposer un plan d'action et une autoévaluation à partir des actions et des objectifs retrouvés dans le plan d'action national, incluant l'état d'avancement des travaux. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 3.4 Déploiement des groupes de médecine de famille | L'établissement devra produire deux états de situation qui confirment la réalisation des actions suivantes : effectuer la migration d'au moins une unité de médecine familiale (UMF) vers le modèle GMF (nouveau GMF à partir d'une UMF ou ajout d'une UMF à un GMF existant) et reconnaître un nouveau GMF ou ajouter une installation clinique à un GMF existant à partir d'une installation CLSC (services médicaux première ligne). | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 3.5 Addenda – mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes optilab | L'établissement serveur a l'obligation d'assurer, en collaboration avec les autres établissements de sa grappe, le cas échéant, la mise en œuvre du fonctionnement de la biologie médicale sous le format des grappes OPTILAB. Pour ce faire, il s'engage à réaliser certain(e)s actions, mesures ou livrables dans le temps, et ce, en fonction d'une reddition de comptes articulée essentiellement selon un mode de gestion de projet. | ☐ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☒ Pas concerné |

| SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE | | |
|---|---|---|
| **Priorité** | **Livrable attendu** | **État d'avancement des résultats** |
| 3.6 Poursuite du développement et du soutien de l'offre de service en soins palliatifs et de fin de vie (SPFU) | L'établissement doit produire un plan d'action qui prévoit : le rehaussement des SPFV à domicile, la mise en place d'un programme clinique de soins de fin de vie, la poursuite du développement des lits réservés en SPFV et la formation des professionnels du réseau en SPFV. | ☐ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☒ Pas concerné |

| FINANCES, IMMOBILISATION ET BUDGET | | |
|---|---|---|
| **Priorité** | **Livrable attendu** | **État d'avancement des résultats** |
| 4.1 Listes des besoins (ou correctifs) devant être réalisés dans les cinq prochaines années par installation principale | Pour une seconde année, l'établissement a pour objectif de procéder à l'inspection technique de 30 % de la superficie de leur parc immobilier respectif en 2016-2017 afin d'atteindre un pourcentage cumulatif minimal de 60 %. À la suite de l'inspection technique des bâtiments, il doit élaborer les listes des correctifs par installation principale devant être réalisés dans les cinq prochaines années et télécharger les données dans le système Actifs + Réseau. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 4.2 Stratégie québécoise d'économie d'eau potable | Par la complétion du formulaire GESTRED, l'établissement participe à la réalisation du plan de travail national en complétant un état de situation et un plan d'action pour chaque installation et finalement voir à l'adoption de saines pratiques de gestion de l'eau visant le personnel. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |

| COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE | | |
|---|---|---|
| **Priorité** | **Livrable attendu** | **État d'avancement des résultats** |
| 5.1 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise | La formation des comités régionaux pour les programmes d'accès à des services de santé et services sociaux en langue anglaise est repoussée à une date ultérieure de l'année 2016 2017. | ☐ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☒ Pas concerné |

| COORDINATION RÉSEAU ET MINISTÉRIELLE | | |
|---|---|---|
| **Priorité** | **Livrable attendu** | **État d'avancement des résultats** |
| 5.2 Mandat ministériel de leadership régional en sécurité civile | Exercer et approfondir le rôle de leadership régional en sécurité civile auprès des établissements de sa région. À cet effet, le MSSS s'attend à ce que l'établissement mette en place une instance de coordination régionale en sécurité civile et se dote de mécanismes de concertation efficaces permettant son déploiement. De plus, advenant la visite de dignitaires en sol québécois, prévoir que des plans de santé pour les dignitaires jouissant d'une protection internationale soient préparés et applicables. | ☐ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☒ Pas concerné |
| 5.3 Sécurité civile | S'assurer que tous les acteurs en sécurité civile de son établissement soient en mesure de jouer pleinement leur rôle. À cet effet, l'établissement doit s'assurer du développement des compétences du personnel affecté à la sécurité civile, notamment au niveau de la mission Santé et de son arrimage avec le plan national de sécurité civile (PNSC), en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 5.4 Gestion des risques en sécurité civile - Santé et Services sociaux | Procéder au lancement du processus de gestion des risques en sécurité civile. À cet effet, l'établissement doit identifier un responsable du processus. Il peut s'agir du coordonnateur en sécurité civile de l'établissement ou d'une ressource en lien avec celui-ci.<br><br>Le responsable du processus de gestion des risques en sécurité civile devra compléter le programme de formation du MSSS, réaliser les préalables à la démarche et l'étape du contexte de réussite en amont. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 5.5 Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile | La responsabilité de la coordination du Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile a été confiée au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour l'année financière 2016-2017. Ainsi, afin de contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances aux CISSS et CIUSSS désignés, le Centre d'expertise déposera un plan de travail au MSSS en début d'année financière et des rencontres de suivies auront lieu avec le MSSS à trois moments au cours de l'année. | ☐ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☒ Pas concerné |

## PLANIFICATION, ÉVALUATION ET QUALITÉ

| Priorité | Livrable attendu | État d'avancement des résultats |
|---|---|---|
| 6.1 Plan d'action ministériel en réponse aux recommandations issues des rapports du Groupe vigilance pour la sécurité des soins (GVSS) | L'établissement doit s'assurer que les installations favorisent la mise en œuvre du plan d'action ministériel en réponse aux recommandations du GVSS et intensifient le déploiement des meilleures pratiques susceptibles de réduire la gravité et l'incidence des chutes et des événements en lien avec la médication. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |
| 6.2 Diagnostic et Plan d'action à l'égard des personnes handicapées | Le diagnostic sur l'intégration des personnes handicapées doit contenir des informations sur : la proportion de personnes handicapées à l'emploi, l'accessibilité aux installations, le respect de la politique d'accès aux documents et services, l'accessibilité Web, le processus d'approvisionnement lors de l'achat des biens et services, et les activités pour la semaine québécoise des personnes handicapées. Par la suite, le plan d'action doit être réalisé et porté sur les obstacles prioritaires identifiés. | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |

## TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

| Priorité | Livrable attendu | État d'avancement des résultats |
|---|---|---|
| 7.1 Orientation stratégique du ministre en technologie de l'information des systèmes d'information unifiés | • Parachever les travaux préparatoires à la mise en œuvre de l'orientation stratégique en technologie de l'information (TI);<br>• Aligner les priorités en TI de l'établissement à celles du plan global du MSSS;<br>• Préciser les stratégies et les plans de mise en œuvre en fonction de la capacité de l'établissement, de l'état des lieux et des cibles convenues;<br>• Planifier et organiser les projets de déploiement des solutions unifiées qui auront été retenues;<br>• Faire autoriser tous les projets en ressources informationnelles par le MSSS – en conformité avec la Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (chapitre G-1.03). | ☒ Réalisé<br>☐ En cours de réalisation<br>☐ Pas concerné |

# 05 ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

# 05 | ACTIVITÉS RELATIVES À LA GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ

## Agrément

Voici les suivis apportés aux recommandations faites par l'organisme d'agrément dans son dernier rapport.

La poursuite des activités reliées au respect des attentes des organismes d'agrément a fait l'objet d'un suivi particulier pour chaque installation en y associant les directions concernées. Ainsi, pour chaque installation ayant des suivis à réaliser, la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ) s'est assurée que les directions concernées répondent dans les délais aux exigences requises par les normes et les critères évalués. Une mise à jour des chantiers selon les installations a permis de connaître les travaux à réaliser pour 2016-2017.

Ainsi, les principales non-conformités relevées par Agrément Canada dans l'ensemble des installations concernent les volets sécurité, pertinence et efficacité et des travaux d'amélioration ont été réalisés à la satisfaction d'Agrément Canada :

Volet « sécurité » (milieu de travail sain et sécuritaire) :
- Formation et perfectionnement du personnel en matière de sécurité des usagers;
- Respect des règles d'hygiène des mains;
- Gérance des antimicrobiens;
- Préparation aux mesures d'urgence;
- Gestion des médicaments;
- Retraitement des dispositifs médicaux;
- Analyses de laboratoire délocalisées;
- Prévention des chutes;
- Prévention des plaies de pression;
- Prévention et contrôle des infections.

Volet « pertinence » :
- Mises à jour des politiques et procédures portant sur le consentement éclairé et le cadre de référence éthique.

Volet « efficacité » :
- Suivi des taux d'infection et diffusion de l'information aux équipes;
- Mise en œuvre des meilleures pratiques;
- Utilisation des données probantes lors de la prise de décision;
- Diffusion du processus d'éthique débutée auprès des équipes;
- Système de gestion de la qualité en laboratoire et utilisation d'indicateurs qualité pour mesurer l'atteinte des objectifs.

Au terme de l'exercice d'amélioration, les preuves soumises ont satisfait toutes les exigences de l'organisme d'agrément. Agrément Canada a d'ailleurs félicité l'organisation pour l'engagement et la détermination dont elle a fait preuve à l'égard de l'amélioration de la qualité et de la prestation de services de santé sécuritaires.

### PRÉPARATION DE L'ORGANISATION POUR LA PROCHAINE VISITE EN OCTOBRE 2017

En préparation aux prochaines démarches et visites d'agrément prévues en octobre 2017, la DQÉPÉ a planifié une série de rencontres avec les directions concernées et le comité de direction du CISSS. Ainsi, des présentations ont eu lieu auprès des directions et de leurs équipes afin de présenter les étapes de préparation et de mise en place des travaux relatifs aux normes et critères propres à leur direction. Au total, onze normes seront vérifiées en octobre 2017. La préparation des équipes a consisté en la réalisation d'une autoévaluation, l'identification des actions prioritaires et l'élaboration d'un plan d'action qui fait l'objet d'un suivi régulier par l'équipe et par la direction, et ce, par le biais d'un comité qualité. Selon les normes et critères à documenter, la DQÉPÉ a prévu des mécanismes de collaboration avec les directions concernées en vue de la visite de 2017, de même que pour celle de 2019.

## Sécurité des soins et des services

### ACTIVITÉS DE PROMOTION, DE DÉCLARATION ET DE DIVULGATION DES INCIDENTS ET ACCIDENTS

L'établissement a instauré des mécanismes de suivi concernant la qualité des soins et la sécurité des usagers. Le CISSS a entre autres mis en place des systèmes pour favoriser la déclaration et la divulgation des incidents et accidents et des actions ont été prises afin de s'assurer du suivi rigoureux de ceux-ci. Les principaux risques des incidents et accidents ont été mis en évidence au moyen du système local de surveillance. L'établissement a mis en place plusieurs actions afin de s'assurer de la sécurité et de la qualité des soins telles que :

- L'harmonisation de politiques et procédures en gestion des risques et adoption, notamment, des documents administratifs suivants :
  - Politique de gestion des événements indésirables;
  - Procédure de divulgation des événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux;
  - Règlement sur la divulgation de l'information à un usager ou à son représentant à la suite d'un accident;
  - Procédure de déclaration des incidents et accidents;
  - Procédure de réclamation en cas de perte ou de bris d'objets personnels.

- Élaboration d'un plan de communication pour la diffusion des politiques et procédures;

- Présentations lors de séances de sensibilisation et de formations concernant la déclaration des incidents et accidents. Ces séances visaient à :
  - Rappeler l'obligation de déclarer les événements pour assurer un suivi étroit et continu de ceux-ci;
  - Donner à la sécurité la priorité qu'elle requiert;
  - Mettre en place des mesures pour en prévenir la récurrence et assurer un soutien aux personnes touchées par de tels événements;
  - Assurer la divulgation des événements et des conséquences aux usagers, aux familles ou au représentant légal, et ce, dans une culture de sécurité et non de blâme.

- Formations et activités de sensibilisation à plus de 800 employés de tous secteurs concernant la gestion des risques, la déclaration des événements indésirables et la divulgation;

- Enclenchement de travaux pour rendre disponible et fonctionnelle une seule application de saisie de donnée, soit le Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS) pour la saisie des rapports de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223). Un repilotage du système SISSS a été réalisé de mars à mai 2017 et permettra à l'établissement la saisie dans un seul système pour 2017-2018;

- Suivi des activités découlant des déclarations des incidents et accidents avec l'équipe de gestionnaires des risques. Les gestionnaires et les équipes concernées voient au bon fonctionnement de la gestion des risques auprès des équipes cliniques, administratives et de gestion;

- Analyse des déclarations d'incident et d'accident en vue d'identifier et mettre en place des mesures de prévention de la récurrence. Des actions sont posées afin de vérifier si la direction ou l'instance concernée fait les suivis requis auprès des usagers et si le processus de divulgation est réalisé afin d'apporter le soutien approprié aux personnes impliquées dans la situation. La DQÉPÉ a mis en place un système de suivi et de vigie;

- Tenu de sous-comités, en conformité avec les orientations prises par la DQÉPÉ et entérinées par le comité régional de gestion des risques et de la qualité du CISSS. Les directions cliniques ainsi que la Direction des services techniques et logistique (DSTL) ont tenu des sous-comités de gestion des risques. En 2016-2017, 23 rencontres de sous-comités ont eu lieu pour assurer le suivi aux activités en gestion des risques et les recommandations qui en découlent. Les sous-comités ont, entre autres, la responsabilité :
  - D'assurer le suivi aux déclarations des incidents et accidents spécifiques à leurs directions;
  - D'identifier les mesures nécessaires pour éviter la récurrence d'événements indésirables;
  - De cibler les actions pertinentes ainsi que les besoins en formation.

- Tenu d'un tableau de bord tenant à jour le suivi apporté à chaque situation déclarée et faisant l'objet d'une ou plusieurs recommandations. Les situations analysées et le suivi apporté par les directions permettent de valider les solutions et mesures correctives en vue d'éviter la récurrence des événements indésirables. Chaque intervenant et gestionnaire reçoit un accompagnement adapté aux circonstances afin d'assurer la pérennité des mesures mises en place. La DQÉPÉ s'assure que les moyens appropriés sont pris autant pour le soutien que pour l'accompagnement au personnel et aux usagers;

- Présentation des résultats des démarches et du suivi aux recommandations au comité de gestion des risques et aux sous-comités des directions concernées. Selon la gravité et la complexité des situations, des comités ad hoc formés de représentants des directions sont mis en place sur une base ponctuelle pour répondre aux besoins de suivis et mesures de soutien. L'objectif est de mobiliser les personnes et favoriser leur expertise pour instaurer des mesures correctives aux situations qui compromettent la sécurité des usagers.

## MISE EN ÉVIDENCE DES PRINCIPAUX RISQUES D'INCIDENT ET D'ACCIDENT

Le fruit du travail réalisé et des informations compilées en lien avec les situations déclarées permettent à la DQÉPÉ de formuler des recommandations systémiques concernant plusieurs directions ou groupes d'usagers facilitant ainsi l'identification des moyens mis en place pour le soutien et l'accompagnement aux instances concernées.

De plus, un suivi des situations particulières et du comité régional de gestion des risques est aussi présenté au comité de vigilance et de la qualité.

Globalement, voici les événements (incidents et accidents) ainsi que leur répartition par types d'événements.

**Types d'événements en regard aux déclarations des incidents et accidents au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue du 1er avril 2016 au 31 mars 2017**

| Type d'événement | Nombre | Pourcentage |
|---|---|---|
| Médication | 4035 | 30,9 % |
| Chute | 3 847 | 29,5 % |
| Autres | 2 307 | 17,7 % |
| Traitement | 758 | 5,8 % |
| Test diagnostic (Dx) Laboratoire | 669 | 5,1 % |
| Lié au matériel | 342 | 2,6 % |
| Abus/Agression/Harcèlement/Intimidation | 317 | 2,4 % |
| Lié à l'équipement | 200 | 1,5 % |
| Lié aux effets personnels | 179 | 1,4 % |
| Test Dx Imagerie | 102 | 0,8% |
| Retraitement du dispositif médical (RDM) / Matériel médical à usage unique (MMUU) | 100 | 0,8 % |
| Diète | 98 | 0,8 % |
| Lié au bâtiment | 84 | 0,7 % |
| **Total général** | **13 040** | |

Plus spécifiquement :

- Les situations en lien avec la prévention des chutes et la prévention des événements liés à la médication méritent une attention particulière. À cet effet, un état de situation quant au plan ministériel a été réalisé au 31 mars 2017, et ce, en collaboration avec les directions concernées. Ce bilan a été présenté aux directions par le comité régional de gestion des risques. De plus, une analyse approfondie présentant les causes associées en lien avec les omissions de la médication est débutée, en collaboration avec la DSI.
- La DQÉPÉ est impliquée dans de nombreux comités dont :
  - Le comité de sécurité informationnelle;
  - Le comité stratégique en prévention des infections ainsi que les sous-comités prévention et contrôle des infections (PCI) et le comité d'éclosions;
  - La Table régionale en prévention des infections nosocomiales,
  - Le comité d'évaluation de produits;
  - Le comité régional en alimentation en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
  - Les comités Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux (AMPRO);
  - Les comités en lien avec les rénovations majeures et la construction.

## RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES ET SUIVIS DE L'ÉTABLISSEMENT

Voici les recommandations émises et les actions réalisées, au cours de cette deuxième année, par le comité de gestion des risques et les suivis de l'établissement en lien avec les priorités en matière de gestion des risques d'incident et d'accident, de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales :

- Analyse des données sur les déclarations des incidents et accidents selon leur gravité, le nombre, les situations et les installations ainsi que la divulgation faite aux usagers concernés;
- Commentaire portant sur les informations présentées aux tableaux de bord prévus pour chaque direction et programme;
- Recommandation de la poursuite des interventions systémiques et vigie des mesures requises par le plan d'action ministériel concernant la prévention des chutes et la prévention des événements liés à la médication;
- Identification des mécanismes d'intervention concernant le nombre de déclarations, les indices de gravité, la récurrence des situations sur une même installation et en regard aux événements spéciaux ou graves;
- Vérification et évaluation du traitement des événements sentinelles associés à une prestation de services;
- Consultation des personnes compétentes aux sujets relatifs à la sécurité et la gestion des risques pour présenter leurs travaux concernant des dossiers particuliers;
- Suivi aux recommandations formulées aux instances concernées;
- Identification des secteurs ayant un niveau de déclaration significatif en lien avec les événements reliés à la médication;
- Planification et réalisation des rencontres avec les sous-comités de gestion des risques des directions;
- Formations et sessions de sensibilisation offertes, avec le concours de la DQÉPÉ, à plus de 800 employés de tous les secteurs sur la gestion des risques, la déclaration des événements indésirables et la divulgation;
- Adoption des documents soumis par la DQÉPÉ afin de fournir l'encadrement requis par le personnel de l'établissement en matière de gestion des risques;
- Réception en consultation du Guide d'application de la déclaration des incidents et des accidents;
- Émission des recommandations suivantes :
  - La DQÉPÉ doit procéder à une analyse rétrospective en regard aux omissions de médicaments;
  - Prévoir de la sensibilisation en prévention et dépistage du suicide aux intervenants en Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation;
  - Des mesures correctives doivent être prévues en regard aux chutes avec gravité importante et aux chuteurs fréquents;
  - Prévoir la sensibilisation du personnel à la prévention de la sécurité des personnes vulnérables et susceptibles de chuter;
  - Des mesures correctives doivent être prévues en regard aux événements en lien avec la médicamentation;
  - Encadrer l'harmonisation des processus de surveillance et de déclaration de fugues/disparitions par une procédure;
  - L'adoption des documents en gestion des risques suivants :
    - Politique de gestion des événements indésirables;
    - Règlement sur la divulgation de l'information à un usager ou à son représentant à la suite d'un accident;
    - Procédure de divulgation des événements découlant de la prestation de soins de santé ou de services sociaux;
    - Procédure de déclaration des incidents et accidents;
    - Procédure de réclamation en cas de perte ou de bris d'objets personnels.

**Surveillance, prévention et contrôle des infections nosocomiales**

Un portrait sommaire est régulièrement dressé en ce qui concerne les infections nosocomiales. Elles font l'objet d'un suivi au sein de l'établissement, plus spécifiquement au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de la qualité. Ces instances assurent le suivi des tableaux de bord reliés aux infections nosocomiales et différents comités qui assurent l'implantation et le suivi des mesures en lien avec la surveillance, la prévention et le contrôle des infections. Entre autres, la présence d'un comité stratégique PCI, d'une Table régionale PCI et de comités locaux PCI, sous la responsabilité de la DSI, soutient l'organisation dans la mise en place des mesures de surveillance, de prévention et de contrôle des infections.

La surveillance des infections nosocomiales s'effectue par plusieurs mécanismes. Le suivi de l'évolution se réalise par des tableaux de bord et de suivi. Quant à la prévention et au contrôle, plusieurs interventions ont été réalisées directement avec les équipes de travail. Une procédure sur la gestion des éclosions a été adoptée et déployée au cours de l'année, permettant de prendre en charge rapidement ces événements et assurer la mise en place de mesures de prévention et de contrôle. De plus, des audits sur le lavage des mains de même que des interventions afin d'augmenter la conformité à l'hygiène des mains ont été réalisés. Finalement, des travaux d'harmonisation des outils en PCI, dont le programme de PCI et ses politiques, procédures et guides, ont débuté et seront complétés au cours de l'année 2017-2018.

## LES PRINCIPAUX CONSTATS TIRÉS DE L'ÉVALUATION ANNUELLE DE L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE DES USAGERS

En 2015-2016, un comité de travail composé de représentants des directions suivantes : Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (DPSAPA), Direction des programmes Santé mentale et Dépendance (DPSMD), DPDI-TSA-DP, DSI et Direction des services multidisciplinaires (DSM) fut créé afin d'uniformiser les pratiques à partir des documents d'encadrement clinique déjà existants concernant les mesures de contrôle. Le comité avait également pour objectif de faire l'inventaire des pratiques et de connaître les niveaux de recours aux mesures de contrôle et d'isolement auprès des usagers.

En 2016-2017, conformément aux orientations du MSSS, ainsi qu'à l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le conseil d'administration a adopté son Protocole sur l'application des mesures de contrôle et mesures alternatives qui a pour but d'encadrer le processus décisionnel :

- Recours à une mesure de contrôle;
- D'assurer la sécurité des personnes pour qui une mesure de contrôle s'avère incontournable;
- De déterminer les modalités du processus décisionnel qui régit l'application des mesures de contrôle quant à leur utilisation, leur réduction ou la cessation et de favoriser l'utilisation des mesures alternatives plutôt que des mesures de contrôle.

Les travaux de la dernière année ont impliqué les directions cliniques et le comité de travail de l'établissement formé de représentants des directions. Le comité a atteint l'objectif d'outiller l'établissement d'un protocole sur les mesures alternatives aux mesures de contrôle et d'isolement lors de son adoption par le conseil d'administration du 15 décembre 2016.

En suivi à l'adoption du protocole par le conseil d'administration, le groupe de travail a contribué à l'actualisation d'un plan de travail.

**Voici quelques activités réalisées par le comité :**

- Validation des meilleures pratiques concernant les besoins spécifiques des clientèles (personnes en perte d'autonomie, jeunes, personnes handicapées, adultes hospitalisés, etc.) auprès des instances concernées;
- Préparation d'un projet de formation et vérification des possibilités de créer une banque de personnes-ressources;
- Proposition d'une démarche pour réviser le protocole et les procédures en fonction des changements législatifs et réglementaires;
- Vérification des résultats des derniers audits des ordres professionnels (ex. : grilles de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ)) et des unités de soins;
- Intégration de la liste du matériel de contention autorisé pour l'utilisation par le personnel aux procédures;
- Diffusion du protocole au personnel des unités.

**Voici les principaux constats :**

- Le recours à un registre sur le nombre de mesures de contrôle et d'isolement est variable selon les orientations prises par les directions, mais l'information clinique disponible au dossier clinique des usagers permet de vérifier l'évolution des pratiques ainsi que le nombre de mesures prises sur une base planifiée ou non;
- Le recours à une mesure de contrôle ou alternative planifiée est déterminé selon les besoins des usagers lors de l'élaboration du plan d'intervention, et ce, en conformité avec le protocole;
- La mise en place d'un mécanisme pour réviser les besoins en matériel alternatif à la contention est en cours de déploiement avec la collaboration de la DSI et les directions concernées;
- La formation du personnel est la priorité d'intervention pour l'année à venir et permettra entre autres de mettre à jour les connaissances des intervenants quant aux meilleures pratiques dans un objectif de réduire le recours aux mesures de contrôle.

Le 15 mars 2017, le comité de direction a confirmé la mise en place d'un comité de gouvernance formé de la DQÉPÉ, de la DSM et de la DSI. Le mandat du comité de gouvernance se résume comme suit :

- Assurer le respect des meilleures pratiques nécessaires aux processus cliniques;
- Développer et implanter des pratiques cliniques en lien avec les mesures alternatives;
- Former le personnel et les stagiaires de l'établissement.
- Assurer une pérennité dans les interventions dans le but de réduire l'usage des mesures de contrôle.

Afin d'actualiser son mandat, le comité de gouvernance s'est doté d'un plan d'action qui implique les directions cliniques. Les sujets suivant la formation, le matériel de contention et l'évolution des pratiques sont traités dans ce plan d'action.

**Surveillance de l'utilisation des mesures de contrôle**

En termes de surveillance, plusieurs mécanismes existent dans les programmes et les services visés. Voici des exemples de différents mécanismes qui peuvent être utilisés :

- Surveillance quotidienne de l'utilisation des mesures de contrôle et des mesures alternatives par les

professionnels visés et lorsque nécessaire par les gestionnaires des services de différents moyens et mécanismes;
- Échange d'information par les rapports interquarts;
- Grille de surveillance contenue au dossier clinique;
- Discussions lors des rencontres avec le médecin ou autres membres de l'équipe ou par le plan d'intervention interdisciplinaire (PII);
- Registre de surveillance et de compilation de l'utilisation des mesures en quantité et en qualité (plusieurs formes de registres sont utilisées);
- Pour certaines unités, un guide d'évaluation du taux de prévalence de l'utilisation des mesures de contrôle (contention et isolement) a été développé. Ce guide permet de compiler des données courantes, valides et facilement accessibles sur les pratiques dans nos milieux de soins en centre hospitalier. Une collecte de données pour établir le taux de prévalence permet de déterminer le pourcentage d'usagers utilisateurs de mesures de contrôle, pour chaque unité de soins à la date de prise des données. Elles reflètent la situation au cours d'un 24 heures. Les données recueillies permettent de connaître le pourcentage d'usagers utilisateurs de contention ou en isolement ainsi que les types de mesures de contrôle utilisées, leurs modalités d'application, les soins dispensés, le respect des modalités de surveillance et la conformité des notes aux dossiers aux normes établies.

Les premiers constats sur l'utilisation de ce guide confirment que c'est un outil valable et fiable, permettant d'évaluer le niveau d'application du Protocole sur les mesures de contrôle et les mesures alternatives. Les prochaines étapes permettront de produire un tableau de bord périodique qui sera suivi par les équipes des unités de soins en vue d'apporter des améliorations. Le guide sera aussi expérimenté au cours de la prochaine année dans les autres unités de l'établissement relevant des autres directions cliniques.

## LES SUIVIS APPORTÉS PAR L'ÉTABLISSEMENT OU SON COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ AUX RECOMMANDATIONS FORMULÉES PAR LES INSTANCES

### Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

Une synthèse des plaintes est régulièrement dressée par la commissaire aux plaintes et à la qualité des services par le tableau de bord sommaire présenté au conseil d'administration ainsi que par un tableau de bord détaillé au comité de vigilance et de la qualité. Un portrait des dossiers particuliers, reçus pour l'établissement, est également présenté. Pour l'année 2016-2017, 240 dossiers de plainte furent présentés au comité de vigilance et de la qualité. Le comité reçoit l'information sur les objets de plainte reçus et sur leur récurrence. Toutefois, comme ces objets de plainte sont présentés dans le Rapport annuel sur le régime d'examen des plaintes de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le comité ne traitera pas des détails de ceux-ci dans ce rapport. Le comité désire continuer à bonifier son analyse des plaintes reçues par l'établissement pour la prochaine année.

Le comité de vigilance a donné suite aux recommandations présentées et a assuré le suivi de plusieurs actions ou interventions lorsqu'il le juge pertinent. En ce sens, le comité a, en cours d'année, assuré la vigie de certains indicateurs vulnérables ainsi que de certains sujets qui les préoccupent plus particulièrement. Les actions mises en place ainsi que les interventions réalisées par le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue ont été présentés. Suite aux présentations, le comité a assuré, de façon plus précise, certains suivis de dossiers qui les préoccupaient davantage.

## Protecteur du citoyen

Pour l'année 2016-2017, 9 dossiers de plaintes furent envoyés en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. De ce nombre, 4 dossiers étaient de l'année 2015-2016. Pour l'année 2016-2017, l'établissement a reçu les conclusions de 10 dossiers. De ce nombre, 4 dossiers furent conclus avec des recommandations de la part du Protecteur.

Un nouveau fonctionnement pour présenter les dossiers en deuxième instance sera développé en l'année 2017-2018.

Le comité de vigilance est satisfait des suivis apportés par l'établissement aux recommandations du Protecteur du citoyen.

## CORONER

Le comité de gestion des risques et de la qualité s'assure de l'application des recommandations du coroner lorsqu'elles sont émises spécifiquement pour le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue. Par mesure de prévention, il en est de même pour les recommandations émises pour un autre établissement, lorsque pertinentes pour notre CISSS.

Le comité a révisé 8 rapports d'investigation du coroner en 2016-2017 dont 5 concernant un événement survenu sur le territoire du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et 3 à portée provinciale pour lesquels les recommandations étaient une occasion d'améliorer la sécurité et la qualité des soins de l'établissement. Les mesures d'amélioration et de prévention de la récurrence ont été mises en place par les directions concernées à la suite des événements. Aucune intervention supplémentaire n'a été nécessaire.

**Dossier A-318362**
Recommandation par le coroner de mettre en place par le centre intégré et aux centres de prévention suicide du secteur concerné, une entente de collaboration afin que les clients (présentant des risques de suicide) et leurs proches puissent bénéficier d'un soutien adéquat lors des congés temporaires ou sorties de l'hôpital. Plusieurs actions ont été posées et réalisées à la suite de cette recommandation par la DPSMD et la DSM.

**Dossier A-321105**
Recommandation par le coroner d'élaborer une procédure afin que l'équipe d'infirmières en suivi à domicile puisse avoir un accès téléphonique à un médecin de famille en tout temps. À cet effet, une procédure pour le personnel infirmier au suivi à domicile est en vigueur depuis décembre 2014 et une sensibilisation a été effectuée.

**Dossier A-330226**
Recommandation par le coroner à tous les centres de réadaptation de la province de transmettre ce rapport à des fins de formations et que des essais statiques et dynamiques soient effectués sur les fauteuils roulants qui font l'objet de modifications et que la vitesse maximale de ces fauteuils soit limitée lorsque les utilisateurs sont des personnes avec un poids important. Une sensibilisation a été effectuée à cet effet.

**Dossier A-321758**
Recommandation par le coroner de transmettre ce rapport à tous les centres hospitaliers des CISSS de la province, plus précisément aux médecins spécialistes, pour des fins de formations. Transmis aux médecins par la DSPEU.

**DossierA-326582**
Recommandation par le coroner de voir à apporter les modifications appropriées à l'organisation des soins afin de respecter les plus hauts standards de pratique dans la prise en charge des douleurs thoraciques. À cet effet, le médecin responsable du comité local d'évaluation de l'acte a été informé dudit rapport de coroner et s'assurera, avec les membres du comité de l'évaluation de l'acte local, de réaliser le suivi demandé.

**Dossier A-324031**
Recommandation par le coroner, si jugée appropriée et pertinente, de mettre en place des mesures permettant d'améliorer l'identification des maladies psychiatriques durant le suivi de grossesse. Les chefs de départements concernés ont été informés de la demande du coroner et s'assureront, avec les membres du comité d'évaluation de l'acte local, de réaliser le suivi demandé.

**Dossier A-325599**
Recommandation par le coroner au MSSS de transmettre à tous ses centres de réadaptation de la province de Québec le présent rapport à des fins de formation. Une sensibilisation a été effectuée à cet effet.

**Recommandation-Dispositif d'alerte médicale**

Recommandation par le coroner à tous les exploitants de résidences privées pour aînées d'inviter les résidents porteurs d'un dispositif de marque Philips Lifeline à s'assurer de ne pas faire de nœuds au-dessus du dispositif de sécurité qui est destiné à se rompre. Le responsable de la certification des résidences privées pour ainées a été informé et a assuré le suivi demandé auprès des exploitants de résidences privées pour aînées.

**Suivi des recommandations formulées par les ordres professionnels**

Le comité s'est penché sur les rapports d'inspection professionnelle des ordres professionnels émettant des recommandations à la DSI et à la DSM et a été informé des recommandations émises par ceux-ci. D'avril 2016 à janvier 2017, une synthèse des rapports a été présentée ainsi que le suivi des plans d'action.

Plusieurs recommandations ont été émises et l'établissement dispose de plans d'action pour apporter les corrections nécessaires.

**Recommandations des instances internes**

Un bilan des activités du conseil multidisciplinaire (CM) et du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (CECII) a été présenté au comité de vigilance. Ils exposent la composition, le mandat, le bilan des activités, les recommandations émises et les perspectives d'action pour la prochaine année de ces deux instances. Les actions posées par l'établissement à la suite des recommandations sont satisfaisantes ainsi que les dossiers en cours.

**Plans d'amélioration en lien avec les visites ministérielles en CHSLD et en ressource intermédiaire - ressource de type familial (RI-RTF)**

**CHSLD**
L'établissement a reçu la visite ministérielle sur la qualité du milieu de vie en CHSLD pour les installations de La Sarre, Palmarolle, Amos, Macamic et Rouyn-Noranda au courant de l'année. Les principaux points soulevés des plans d'amélioration et rapports de visite d'évaluation ministérielle sont :

- L'activité repas;
- La standardisation des procédures d'accueil;
- Les plans d'intervention (PI);
- Les produits dangereux;
- Les activités de promotion de la commissaire aux plaintes;
- Les activités d'animation et de loisirs et les bénévoles.

Une vigie est assurée par la DQÉPÉ et la DPSAPA.

Le CHSLD de Duhamel a reçu un suivi d'une visite et conclut que les démarches d'amélioration actuelles sont conformes et encourage l'établissement à poursuivre le travail enclenché.

**RI-RTF**
Une visite ministérielle d'évaluation de la qualité s'est déroulée en juillet 2016 en RI et RTF pour le programme jeunesse. Cinq recommandations ont été émises et sont en bonne voie d'être réalisées par la direction. L'établissement a élaboré son plan d'amélioration et répond aux exigences du MSSS.

Le CISSS a été informé des orientations du Cadre de référence RI-RTF du MSSS. Le MSSS s'attend que les établissements appliquent le cadre de référence dans son intégralité, et ce, de façon transversale. Ce cadre de référence vient réaffirmer l'importance et la nécessité d'appliquer un processus rigoureux de contrôle de la qualité dans les ressources et qu'il en va de la responsabilité de l'établissement.

**Résidences privées pour aînées (RPA)**
Le processus de certification des RPA a aussi été abordé au comité de vigilance et de la qualité. Un tableau synthèse a été présenté en janvier 2017.

Un portrait de la certification actuelle des RPA ainsi que les enjeux a été dressé. Les éléments suivants sont exposés :

- Le règlement d'opération d'une RPA (critères et normes obligatoires);
- Les mesures de contrôle quant à la vérification du maintien des critères et normes d'opération;
- Les modalités d'inspection et de certification;
- Les enjeux importants du règlement;
- Les enjeux 2017-2018.

**L'EGI**
Le comité de vigilance et de la qualité a examiné et a assuré le suivi du tableau de bord de l'EGI et de l'évolution de ses principaux indicateurs. Le rendement aux objectifs à atteindre est bon. Quelques constats méritent des suivis dont le comité de vigilance accordera une attention particulière.

### L'éthique de la recherche

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue préconise l'avancée des connaissances scientifiques en participant à des projets de recherche, mais ne possède pas de comité d'éthique à la recherche. Il a donc conclu officiellement une entente avec le CISSS des Laurentides dans laquelle le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue délègue la responsabilité de faire l'évaluation scientifique et éthique du projet de recherche.

Le CISSS participe à 31 projets multicentriques, la DQÉPÉ orchestre l'examen de la convenance.

Pour l'année 2016-2017 :

- 13 nouveaux projets ont été acceptés;
- 2 projets ont été rejetés.

De plus, l'établissement a établi un excellent canal de communication et de collaboration avec les responsables de la recherche de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), notamment par l'élaboration de la procédure de demande de présentation d'un projet de recherche.

Également, une procédure et un règlement sur l'éthique de la recherche ont été adoptés. Le CISSS est à déployer ces documents.

Les deux principaux types de recherche se font par :

- La consultation dossiers;
- L'entrevue et le questionnaire auprès des usagers et des employés.

Quant à la recherche sur dossier, les documents sont acheminés à la DSPEU pour approbation comme prévu dans la LSSSS.

## Personnes mises sous garde dans une installation maintenue par l'établissement

Cette section fait la compilation des personnes qui ont été mises sous garde préventive et provisoire et concerne tout établissement visé à l'article 6 ou à l'article 9 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elle-même ou pour autrui (RLRQ, chapitre P-38.001).

| | TABLEAU COMPILATION DES MISES SOUS GARDE | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | La Sarre | Amos | Rouyn-Noranda | Val-d'Or | Total établissement |
| Nombre de mises sous garde préventive appliquées | 36 | 65 | 10 | 8 | 119 |
| Nombre d'usagers différents mis sous garde préventive | 27 | 55 | 10 | 8 | 100 |
| Nombre de demandes (requêtes) de mises sous garde provisoire présentées au tribunal par l'établissement au nom d'un médecin ou d'un autre professionnel qui exerce dans ses installations | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Sans objet |
| Nombre de mises sous garde provisoire ordonnées par le tribunal et exécutées | 4 | 5 | 1 | 2 | 12 |
| Nombre d'usagers différents mis sous garde provisoire | 3 | 1 | 1 | 2 | 9 |
| Nombre de demandes (requête) de mises sous garde en vertu de l'article 30 du Code civile présentées au tribunal par l'établissement | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Sans objet |
| Nombre de mises sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil et exécutées (incluant le renouvellement d'une garde autorisée) | 9 | 5 | 7 | 14 | 35 |
| Nombre d'usagers différents mis sous garde autorisée par le tribunal en vertu de l'article 30 du Code civil (incluant renouvellement d'une garde autorisée) | 8 | 1 | 7 | 14 | 30 |
| Nombre d'usagers différents mis sous garde (chaque usager est compté une seule fois au courant de la période du 1er avril au 31 mars de l'année, peu importe le type ou le nombre de garde auxquels il a été soumis) | 30 | | | 24 | 54 |

## Examen des plaintes et promotion des droits

La commissaire aux plaintes et à la qualité des services à l'obligation de produire un rapport portant sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits. Ce rapport doit être produit au plus tard le 30 septembre 2017 et sera rendu disponible sur le site Internet du CISSS à l'adresse suivante : www.cisss-at.gouv.qc.ca.

## Modes d'information et de consultation de la population

La diffusion d'information à la population et sa consultation occupent une place centrale dans les activités de communications externes du CISSS. D'une part, les outils de communication permettent à la population de bien connaître les soins et les services qui sont offerts ainsi que les enjeux de l'organisation. D'autre part, bon nombre d'actions sont déployées pour mettre la population, notamment les partenaires de la communauté, à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des services obtenus.

**L'information**
Principaux moyens utilisés pour informer la population :

- Le site Internet : toutes les informations pertinentes et les publications sont disponibles en tout temps au www.cisss-at.gouv.qc.ca/;
- L'Intercom : le journal interne de l'établissement (8 parutions cette année) est disponible sur le site Internet de l'organisation;
- Le C.A. en bref : un bulletin qui résume les séances du conseil d'administration (8 parutions cette année) est distribué à plus de 200 partenaires et aux médias. Toutes les éditions sont disponibles sur le site Internet de l'organisation;
- Les communiqués de presse : documents qui permettent de communiquer des nouvelles de l'organisation. Distribués aux médias et à plus de 200 partenaires. Tous les communiqués de presse sont disponibles sur le site Internet;
- Les relations de presse : le CISSS répond avec transparence aux demandes d'entrevues des médias, nous permettant de bien communiquer avec la population.

**La consultation**
Voici les principales activités où la population a été consultée :

- Lors des rencontres régulières du comité des usagers et du comité des résidents;
- Sur le site Internet, on retrouve une section sur la satisfaction des services, où la population peut émettre ses commentaires;
- Lors des rencontres du conseil d'administration;
- Lors d'une tournée d'information et d'échange, en septembre 2016, sur l'offre de service en santé mentale et dépendance;
- Février 2017, consultation portant sur la vision et les valeurs du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue;
- Par le biais des organisateurs communautaires qui sont en contact étroit avec les organismes communautaires de la région.

# 06 APPLICATION DE LA POLITIQUE PORTANT SUR LES SOINS DE FIN DE VIE

Credit photo : Mathieu Dupuis

# 06 | APPLICATION DE LA POLITIQUE CONCERNANT LES SOINS DE FIN DE VIE

L'établissement doit inclure un résumé du rapport du président-directeur général présenté au conseil d'administration concernant l'application de la politique portant sur les soins de fin de vie*.

| Résumé du rapport portant sur les soins de fin de vie<br>Période du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016 | | |
|---|---|---|
| **Activité** | **Information demandée** | **Total** |
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 644 |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 9 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale formulées | 1 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 1 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs | 0 |

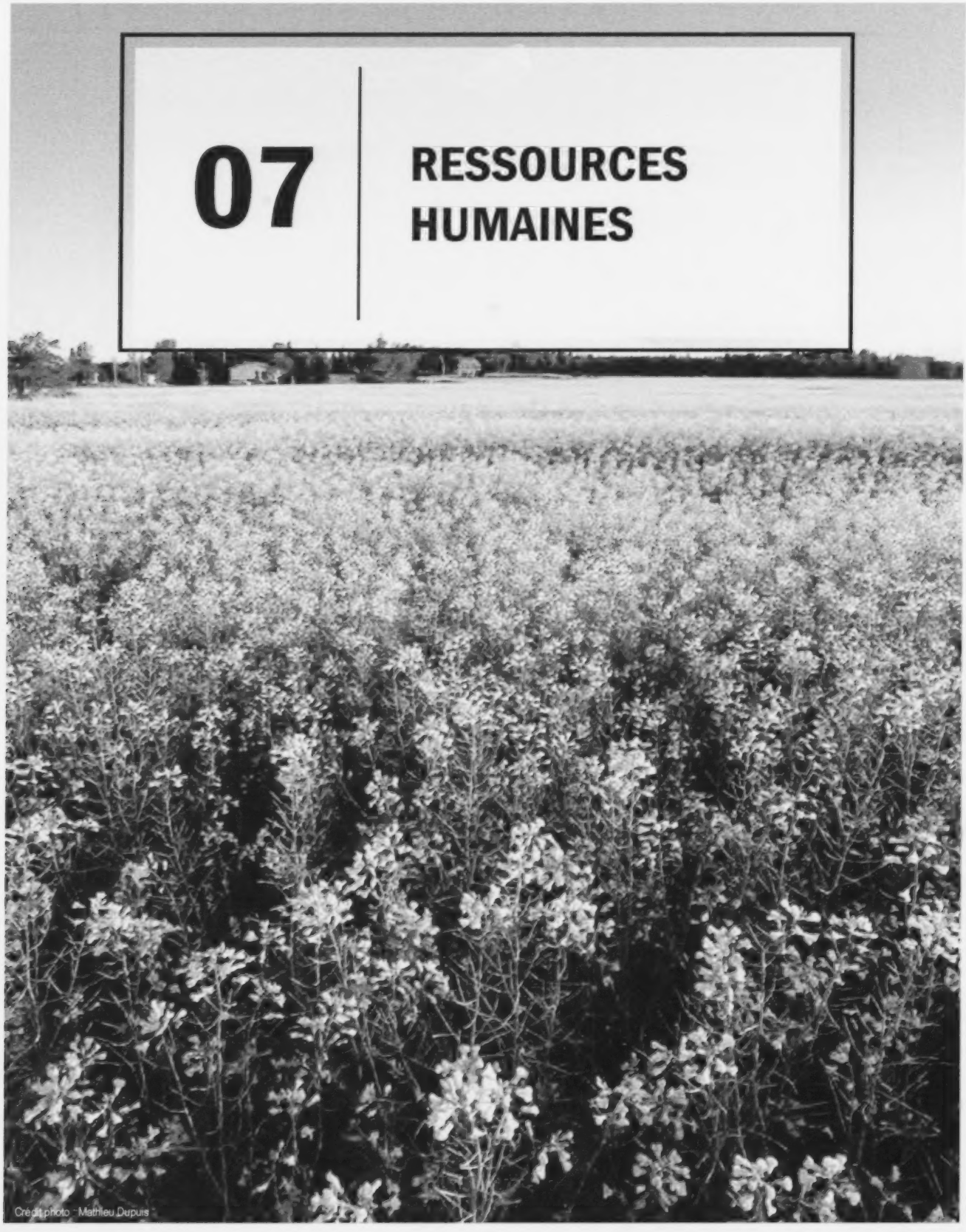
| Résumé du rapport portant sur les soins de fin de vie<br>Période du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016 | | |
|---|---|---|
| **Activité** | **Information demandée** | **Total** |
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 609 |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 8 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale formulées | 3 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 3 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs | 0 |

| Résumé du rapport portant sur les soins de fin de vie<br>Période du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017 | | |
|---|---|---|
| **Activité** | **Information demandée** | **Total** |
| Soins palliatifs et de fin de vie | Nombre de personnes en fin de vie ayant reçu des soins palliatifs | 534 |
| Sédation palliative continue | Nombre de sédations palliatives continues administrées | 13 |
| Aide médicale à mourir | Nombre de demandes d'aide médicale formulées | 5 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir administrées | 5 |
| | Nombre d'aides médicales à mourir non administrées et les motifs | 0 |

**Notes au tableau**

* Le rapport du président-directeur général doit être transmis au conseil d'administration de l'établissement et à la Commission sur les soins de fin de vie tous les 6 mois à partir de la date d'entrée en vigueur de la loi 2 et pour 2 ans (loi 2, art. 73). Les dates des périodes à considérer pendant les dispositions transitoires (art. 73) seront les suivantes : du 10 décembre 2015 au 9 juin 2016, du 10 juin 2016 au 9 décembre 2016, du 10 décembre 2016 au 9 juin 2017, du 10 juin 2017 au 9 décembre 2017. L'établissement transmet, le plus tôt possible, le rapport à la Commission sur les soins de fin de vie.

# 07 RESSOURCES HUMAINES



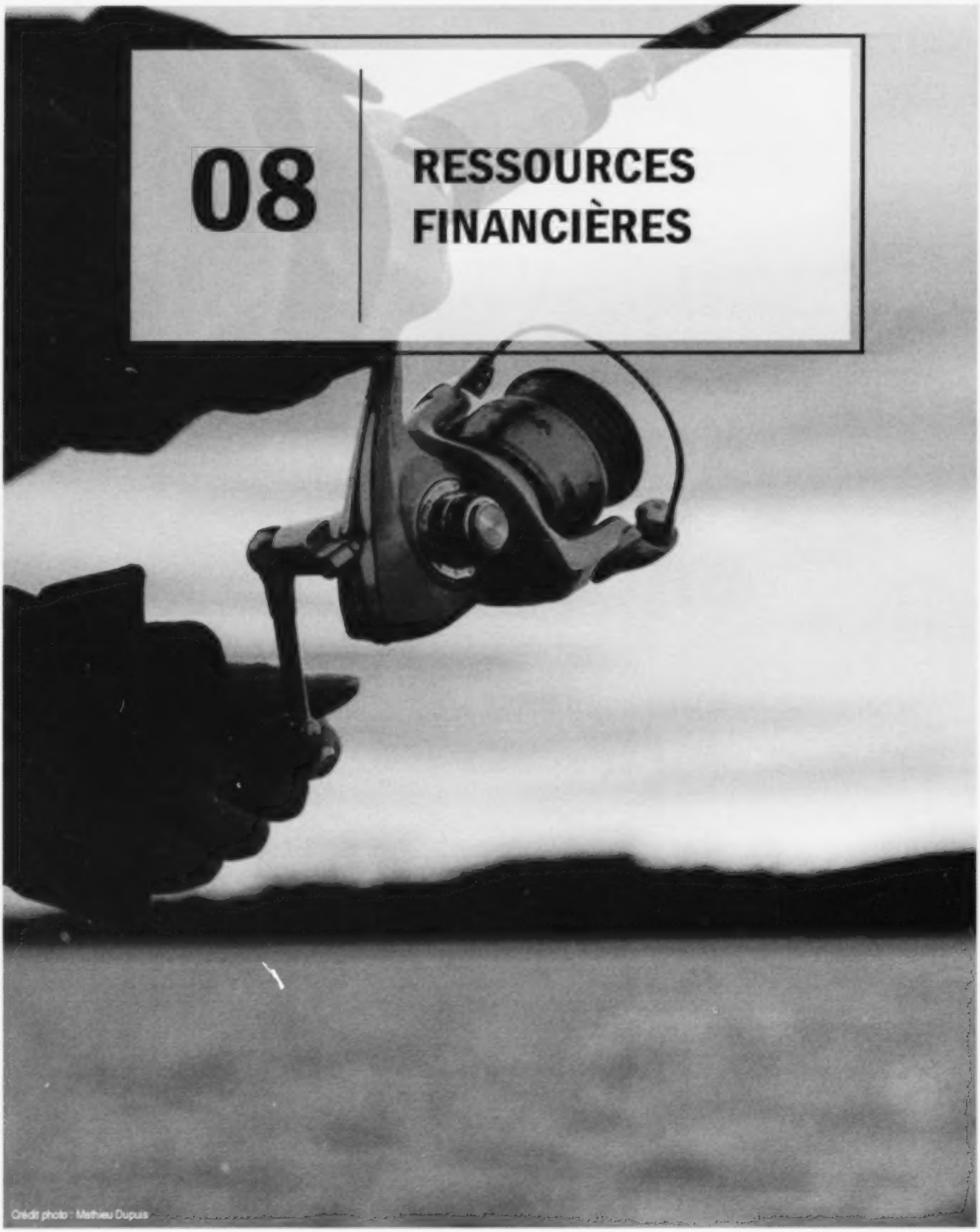
## Présentation des données pour le suivi de la Loi sur la gestion et le contrôle des effectifs

| 11045226 - CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue | | Comparaison sur 364 jours pour avril à mars | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2014-04-06 au 2015-04-04 | | | 2016-04-03 au 2017-04-01 | |
| Sous-catégorie d'emploi déterminée par le SCT | Valeurs observées | Heures travaillées | Heures supplémentaires | Totales heures rémunérées | Nombre ETC | Nombre individus |
| 1 - Personnel d'encadrement | 2014-15 | 537 589 | 3 214 | 540 803 | 297 | 350 |
| | 2015-16 | 463 202 | 3 000 | 466 202 | 256 | 309 |
| | 2016-17 | 453 503 | 3 696 | 457 199 | 250 | 298 |
| | Variation | (15,6 %) | 15,0 % | (15,5 %) | (15,6 %) | (14,9 %) |
| 2 - Personnel professionnel | 2014-15 | 1 173 795 | 4 348 | 1 178 143 | 651 | 829 |
| | 2015-16 | 1 195 395 | 4 700 | 1 200 095 | 663 | 837 |
| | 2016-17 | 1 207 660 | 4 700 | 1 212 360 | 669 | 846 |
| | Variation | 2,9 % | 8,1 % | 2,9 % | 2,9 % | 2,1 % |
| 3 - Personnel infirmier | 2014-15 | 2 159 684 | 86 368 | 2 246 053 | 1 167 | 1 579 |
| | 2015-16 | 2 135 213 | 77 594 | 2 212 807 | 1 154 | 1 553 |
| | 2016-17 | 2 142 795 | 87 556 | 2 230 352 | 1 155 | 1 575 |
| | Variation | (0,8 %) | 1,4 % | (0,7 %) | (1,0 %) | (0,3 %) |
| 4 - Personnel de bureau, technicien et assimilé | 2014-15 | 3 943 520 | 85 491 | 4 029 011 | 2 169 | 3 203 |
| | 2015-16 | 3 834 637 | 76 890 | 3 911 527 | 2 110 | 3 105 |
| | 2016-17 | 3 839 845 | 86 244 | 3 926 089 | 2 114 | 3 179 |
| | Variation | (2,6 %) | 0,9 % | (2,6 %) | (2,5 %) | (0,7 %) |
| 5 - Ouvriers, personnel d'entretien et de service | 2014-15 | 906 830 | 10 897 | 917 727 | 464 | 788 |
| | 2015-16 | 902 880 | 9 862 | 912 743 | 462 | 806 |
| | 2016-17 | 901 580 | 9 539 | 911 119 | 461 | 815 |
| | Variation | (0,6 %) | (12,5 %) | (0,7 %) | (0,6 %) | 3, 4 % |
| 6 - Étudiants et stagiaires | 2014-15 | 17 984 | 44 | 18 028 | 10 | 69 |
| | 2015-16 | 18 067 | 73 | 18 140 | 10 | 66 |
| | 2016-17 | 14 542 | 45 | 14 587 | 8 | 57 |
| | Variation | (19,1 %) | 1,2 % | (19,1 %) | (18,6 %) | (17,4 %) |
| Total du personnel | 2014-15 | 8 739 403 | 190 363 | 8 929 766 | 4 758 | 6 372 |
| | 2015-16 | 8 549 394 | 172 119 | 8 721 513 | 4 655 | 6 235 |
| | 2016-17 | 8 559 926 | 191 780 | 8 751 705 | 4 659 | 6 311 |
| | Variation | (2,1 %) | 0,7 % | (2,0 %) | (2,1 %) | (1,0 %) |
| **Cible 2016-2017 en heures rémunérées** | | | | **8 749 511** | | |
| **Écart à la cible – en heures** | | | | **2 194** | | |

Malgré nos cibles ambitieuses concernant l'assurance salaire et le temps supplémentaire pour l'année 2016-2017, une détérioration des résultats est observée pour ces 2 éléments. La dernière année fut particulièrement difficile sur le plan de la gestion des ressources humaines, avec par surcroît une direction qui a éprouvé des dysfonctionnements majeurs. Une restructuration et une réorganisation en profondeur de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) ont eu lieu au début 2017; une nouvelle offre de service a été élaborée et une transformation majeure comprenant 10 chantiers est commencée avec l'objectif de diminuer les taux (ratios) de ces indicateurs.

Aussi, un important travail de responsabilisation de l'ensemble des cadres sur la gestion des effectifs doit être réalisé; un plan d'action pour mettre en oeuvre un programme d'accompagnement des gestionnaires a été mis de l'avant. La mise en place d'un volet de développement organisationnel au sein de notre organisation de même qu'un service de soutien et d'accompagnement pour la gestion de changement est actuellement en chantier.

# 08 RESSOURCES FINANCIÈRES



Crédit photo : Mathieu Dupuis

## Rapport de la direction

Les états financiers du CISSS ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière. Il rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et les approuves.

Les états financiers ont été audités par la firme Deloitte, dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues au Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Deloitte peut, sans aucune restriction, rencontrer le conseil d'administration pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Yves Desjardins
Président-directeur général

Marie-Lyne Blier
Directrice des ressources financières et
de l'approvisionnement

# Rapport de l'auditeur indépendant

Deloitte

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.
155, avenue Dallaire
Rouyn-Noranda QC J9X 4T5
Canada

Tél. : 819-762-5764
Téléc. : 819-797-1471
www.deloitte.ca

## Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Aux membres du conseil d'administration du
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Les états financiers résumés ci-joints du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2017, et les états des résultats, des surplus (déficits) cumulés, de la variation de actifs financiers nets (dette nette) et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2017. Nous avons exprimé une opinion non modifiée avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 15 juin 2017.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

### Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

### Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

### Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2017 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, sur la base des critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire relative au rapport annuel de gestion codifiée (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue pour l'exercice terminé le 31 mars 2017.

## Rapport de l'auditeur indépendant (suite)

L'anomalie que comporte les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 15 juin 2017. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, ainsi qu'exigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, les contrats de location d'immeubles conclus entre l'Établissement et la Société québécoise d'infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors que selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public*, il s'agit plutôt de contrats de location- acquisition. L'incidence de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers au 31 mars 2017 n'a pas été déterminée.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences de l'anomalie décrite, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2017 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de la dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

De plus, le rapport de l'auditeur sur les états financiers audités comportent un paragraphe d'autre point indiquant que sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur le fait que les chiffres correspondants représentent le cumul, après élimination des opérations et soldes inter-établissements des chiffres présentés dans les états financiers audités de chacun des établissements existant avant la création du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et à partir desquels a été créé Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. Nous n'avions pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Deloitte S.E.N.C.R.L./s.r.l.

Le 27 juin 2017

* CPA auditeur, CA, permis de comptabilité publique n° A123107

* http://cpaquebec.ca/fr/la-profession-et-lordre/obligations-des-cpa/comptabilite-publique/modeles-de-signature/

# État des résultats - Tous les fonds

ETAT DES RESULTATS

| | | Budget | Exploitation Ex courant (R.de P358 C4) | Immobilisations Exercice courant (Note 1) | Total Ex courant C2+C3 | Total Ex. préc. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| REVENUS | | | | | | |
| Subventions MSSS (Fl.P408) | 1 | 416 025 609 | 405 023 216 | 19 366 845 | 424 390 061 | 427 271 611 |
| Subventions Gouvernement du Canada (Fl.P294) | 2 | 202 609 | 5 849 493 | 145 567 | 5 995 060 | |
| Contributions des usagers | 3 | 24 273 363 | 25 155 203 | XXXX | 25 155 203 | 25 485 234 |
| Ventes de services et recouvrements | 4 | 24 644 378 | 28 868 081 | XXXX | 28 868 081 | 24 512 502 |
| Donations (Fl.P294) | 5 | 1 296 728 | 217 588 | 1 276 541 | 1 494 129 | 1 437 927 |
| Revenus de placement (Fl.P302) | 6 | 134 050 | 185 126 | 5 775 | 190 901 | 319 783 |
| Revenus de type commercial | 7 | 901 800 | 915 279 | | 915 279 | 933 974 |
| Gain sur disposition (Fl.P302) | 8 | 75 | | | | 75 |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres revenus (Fl.P302) | 11 | 7 776 394 | 7 384 960 | 31 251 | 7 426 211 | 8 553 646 |
| TOTAL (L.01 à L.11) | 12 | 475 255 006 | 473 608 946 | 20 825 969 | 494 434 915 | 488 514 752 |
| CHARGES | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales | 13 | 304 821 089 | 321 711 893 | XXXX | 321 711 893 | 315 383 947 |
| Médicaments | 14 | 10 961 972 | 11 196 900 | XXXX | 11 196 900 | 11 373 912 |
| Produits sanguins | 15 | 2 266 792 | 4 732 436 | XXXX | 4 732 436 | 4 107 895 |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 16 | 10 395 469 | 13 706 962 | XXXX | 13 706 962 | 12 926 538 |
| Denrées alimentaires | 17 | 4 104 615 | 3 912 467 | XXXX | 3 912 467 | 4 111 028 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles | 18 | 36 361 491 | 37 176 149 | XXXX | 37 176 149 | 36 141 523 |
| Frais financiers (Fl.P325) | 19 | 6 541 953 | 54 481 | 5 469 721 | 5 524 202 | 6 094 259 |
| Entretien et réparations, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations | 20 | 9 338 822 | 5 146 938 | 2 908 150 | 8 055 088 | 8 670 314 |
| Créances douteuses | 21 | | 172 571 | XXXX | 172 571 | 27 982 |
| Loyers | 22 | 2 159 691 | 3 022 721 | XXXX | 3 022 721 | 3 076 806 |
| Amortissement des immobilisations (Fl.P422) | 23 | 13 327 964 | XXXX | 12 772 201 | 12 772 201 | 13 327 964 |
| Perte sur disposition d'immobilisations (Fl.P420, 421) | 24 | 3 608 | XXXX | | | 3 608 |
| Dépenses de transfert | 25 | 16 462 810 | 17 365 382 | XXXX | 17 365 382 | 16 933 661 |
| | 26 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres charges (Fl.P325) | 27 | 58 391 529 | 57 190 929 | | 57 190 929 | 56 620 906 |
| TOTAL (L.13 à L.27) | 28 | 475 137 805 | 475 389 829 | 21 150 072 | 496 539 901 | 488 800 343 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.28) | 29 | 117 201 | (1 780 883) | (324 103) | (2 104 986) | (285 591) |

*Note 1: la colonne 3 s'applique aux établissements publics seulement*

2017-06-13 13:30:35

# État des résultats - Fonds d'exploitation

ETAT DES RÉSULTATS

| | | Budget | Activités principales | Activités accessoires | Total (C2+C3) | Exercice précédent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| REVENUS | | | | | | |
| Subventions MSSS (P362) | 1 | 393 939 977 | 403 315 805 | 1 707 411 | 405 023 216 | 405 925 172 |
| Subventions Gouvernement du Canada (C2.P290/C3.P291) | 2 | 202 609 | 5 646 884 | 202 609 | 5 849 493 | |
| Contributions des usagers (P301) | 3 | 24 273 363 | 25 155 203 | XXXX | 25 155 203 | 25 485 234 |
| Ventes de services et recouvrements (P320) | 4 | 24 644 378 | 28 868 081 | XXXX | 28 868 081 | 24 512 502 |
| Donations (C2.P290/C3.P291) | 5 | | 217 588 | | 217 588 | 141 199 |
| Revenus de placement (P302) | 6 | 124 000 | 180 142 | 4 984 | 185 126 | 309 733 |
| Revenus de type commercial (C2.P661/C3.P351) | 7 | 901 800 | | 915 279 | 915 279 | 933 974 |
| Gain sur disposition (P302) | 8 | | | | | |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres revenus (P302) | 11 | 7 496 010 | 1 057 307 | 6 337 653 | 7 394 960 | 8 273 262 |
| TOTAL (L.01 à L.11) | 12 | 451 582 137 | 464 441 010 | 9 167 936 | 473 608 946 | 465 581 076 |
| CHARGES | | | | | | |
| Salaires, avantages sociaux et charges sociales (C2.P320/C3.P351) | 13 | 304 821 089 | 317 342 460 | 4 369 433 | 321 711 893 | 315 383 947 |
| Médicaments (P750) | 14 | 10 961 972 | 11 196 900 | XXXX | 11 196 900 | 11 373 912 |
| Produits sanguins | 15 | 2 266 792 | 4 732 436 | XXXX | 4 732 436 | 4 107 895 |
| Fournitures médicales et chirurgicales (P755) | 16 | 10 395 469 | 13 706 962 | XXXX | 13 706 962 | 12 926 538 |
| Denrées alimentaires | 17 | 4 104 615 | 3 912 467 | XXXX | 3 912 467 | 4 111 028 |
| Rétributions versées aux ressources non institutionnelles (P650) | 18 | 36 361 491 | 37 176 149 | XXXX | 37 176 149 | 36 141 523 |
| Frais financiers (P325) | 19 | 161 873 | 54 481 | XXXX | 54 481 | 104 234 |
| Entretien et réparations (P325) | 20 | 5 377 605 | 5 146 938 | | 5 146 938 | 4 709 097 |
| Créances douteuses (C2.P301) | 21 | | 172 571 | | 172 571 | 27 982 |
| Loyers | 22 | 2 159 691 | 3 022 721 | | 3 022 721 | 3 076 806 |
| Dépenses de transfert (P325) | 23 | 16 462 810 | 17 365 382 | | 17 365 382 | 16 933 661 |
| Autres charges (P325) | 24 | 58 391 529 | 52 737 275 | 4 453 654 | 57 190 929 | 56 620 906 |
| TOTAL (L.13 à L.24) | 25 | 451 464 936 | 466 566 742 | 8 823 087 | 475 389 829 | 465 517 529 |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (L.12 - L.25) | 26 | 117 201 | (2 125 732) | 344 849 | (1 780 883) | 63 547 |

2017-06-13 13:30:35

# État des surplus (déficits) cumulés

ÉTAT DES SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS

| | | Fonds Exploitation Ex courant | Fonds immobilisations Ex courant | Total Ex courant (C1+C2) | Total Ex préc. | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | Notes |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | 1 | (10 976 953) | 8 696 000 | (2 280 953) | (1 995 362) | |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures (préciser) | 2 | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures (préciser) | 3 | | | | XXXX | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS (L 01 à L 03) | 4 | (10 976 953) | 8 696 000 | (2 280 953) | (1 995 362) | |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE | 5 | (1 780 883) | (324 103) | (2 104 986) | (285 591) | |
| Autres variations: | | | | | | |
| Transferts interétablissements (préciser) | 6 | | | | | |
| Transferts interfonds (préciser) | 7 | (1 649 684) | 1 649 684 | 0 | | 9 |
| Autres éléments applicables aux établissements privés conventionnés (préciser) | 8 | | XXXX | | | |
| | 9 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | |
| TOTAL DES AUTRES VARIATIONS (L 06 à L 09) | 10 | (1 649 684) | 1 649 684 | | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN (L 04 + L 05 + L 10) | 11 | (14 407 520) | 10 021 581 | (4 385 939) | (2 280 953) | |
| Constitués des éléments suivants: | | | | | | |
| Affectations d'origine externe | 12 | XXXX | XXXX | | | |
| Affectations d'origine interne | 13 | XXXX | XXXX | 13 471 192 | 15 120 876 | |
| Solde non affecté (L 11 - L 12 - L 13) | 14 | XXXX | XXXX | (17 857 131) | (17 401 829) | |
| TOTAL (L 12 à L 14) | 15 | XXXX | XXXX | (4 385 939) | (2 280 953) | |

2017-06-13 13:30:35

# État de la situation financière

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

| | FONDS | Exploitation | Immobilisations | Total Ex courant (C1+C2) | Total Ex préc. |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ACTIFS FINANCIERS | | | | | |
| Encaisse (découvert bancaire) | 1 | 13 923 477 | 1 407 616 | 15 331 093 | 18 965 480 |
| Placements temporaires | 2 | | | | 6 973 984 |
| Débiteurs - MSSS (FE: P362; FI: P408) | 3 | 5 873 380 | 2 183 162 | 8 056 542 | 12 656 653 |
| Autres débiteurs (FE: P360; FI: P400) | 4 | 8 794 958 | 583 937 | 9 378 895 | 9 892 561 |
| Avances de fonds aux établissements publics | 5 | XXXX | | | |
| Créances interfonds (dettes interfonds) | 6 | 589 503 | (589 503) | 0 | |
| Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable (FE: P362; FI: P408) | 7 | 34 086 417 | 71 487 720 | 105 574 137 | 105 070 584 |
| Placements de portefeuille | 8 | | | | |
| Frais reportés liés aux dettes | 9 | XXXX | 809 945 | 809 945 | 602 562 |
| | 10 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 11 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres éléments (FE: P360; FI: P400) | 12 | 4 112 | 498 | 4 610 | 435 872 |
| TOTAL DES ACTIFS FINANCIERS (L.01 à L.12) | 13 | 63 271 847 | 75 883 375 | 139 155 222 | 154 597 696 |
| PASSIFS | | | | | |
| Emprunts temporaires (FE: P365; FI: P403) | 14 | 8 600 000 | 21 606 536 | 30 206 536 | 25 441 709 |
| Créditeurs - MSSS (FE: P362; FI: P408) | 15 | | | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer (FE: P361; FI: P401) | 16 | 34 368 714 | 2 639 645 | 37 008 359 | 39 466 742 |
| Avances de fonds - enveloppes décentralisées | 17 | XXXX | | | |
| Intérêts courus à payer (FE: P361; FI: P401) | 18 | 10 425 | 1 017 258 | 1 027 683 | 1 676 169 |
| Revenus reportés (FE: P290 et 291; FI: P294) | 19 | 2 194 826 | 16 636 869 | 18 831 695 | 25 407 195 |
| | 20 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Dettes à long terme (FI: P403) | 21 | XXXX | 200 276 350 | 200 276 350 | 205 364 415 |
| Passif au titre des sites contaminés (FI: P401) | 22 | XXXX | 1 166 200 | 1 166 200 | 1 166 200 |
| Passif au titre des avantages sociaux futurs (FE: P363) | 23 | 42 055 274 | XXXX | 42 055 274 | 41 237 199 |
| | 24 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| Autres éléments (FE: P361; FI: P401) | 25 | 434 958 | 95 656 | 530 614 | 1 330 251 |
| TOTAL DES PASSIFS (L.14 à L.25) | 26 | 87 664 197 | 243 438 514 | 331 102 711 | 341 109 880 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L.13 - L.26) | 27 | (24 392 350) | (167 555 139) | (191 947 489) | (186 512 184) |
| ACTIFS NON FINANCIERS | | | | | |
| Immobilisations (FI: P423) | 28 | XXXX | 177 576 720 | 177 576 720 | 175 423 501 |
| Stocks de fournitures (FE: P360) | 29 | 7 027 876 | XXXX | 7 027 876 | 6 764 681 |
| Frais payés d'avance (FE: P360; FI: P400) | 30 | 2 956 954 | | 2 956 954 | 2 043 049 |
| TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS (L.28 à L.30) | 31 | 9 984 830 | 177 576 720 | 187 561 550 | 184 231 231 |
| CAPITAL-ACTIONS ET SURPLUS D'APPORT | 32 | | XXXX | | |
| SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (L.27 + L.31 - L.32) | 33 | (14 407 520) | 10 021 581 | (4 385 939) | (2 280 953) |

*Obligations contractuelles (pages 635-00 à 635-03) et PPP (638-01 et 638-02)*

*Éventualités (pages 636-01 et 636-02)*

*Colonne 2: Établissements publics seulement*

*Ligne 08, Colonne 3: Le montant doit être égal à zéro*

*Ligne 32: applicable aux établissements privés seulement*

2017-06-13 13:30:35

# État de la variation des actifs nets (dette nette)

ETAT DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

| | | Budget | Fonds Exploitation | Fonds Immobilisations | Total - Ex Courant (C2+C3) | Total - Ex Précédent |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS | 1 | (101 397 711) | (19 784 683) | (166 727 507) | (186 512 190) | (186 672 884) |
| Modifications comptables avec retraitement des années antérieures | 2 | | | | | |
| Modifications comptables sans retraitement des années antérieures | 3 | | | | | XXXX |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉ (L 01 à L 03) | 4 | (101 397 711) | (19 784 683) | (166 727 507) | (186 512 190) | (186 672 884) |
| SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE (P 200, L 29) | 5 | | (1 780 883) | (324 103) | (2 104 986) | (285 591) |
| VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS | | | | | | |
| Acquisitions (F I P421) | 6 | 6 600 000 | XXXX | (14 925 424) | (14 925 424) | (14 178 203) |
| Amortissement de l'exercice (F I P422) | 7 | 13 327 964 | XXXX | 12 772 201 | 12 772 201 | 13 327 964 |
| (Gain)/Perte sur dispositions (F I P208) | 8 | | XXXX | | | 3 933 |
| Produits sur dispositions (F I P208) | 9 | | XXXX | | | 225 859 |
| Réduction de valeurs (F I P420, 421-00) | 10 | 153 235 | XXXX | | | |
| Ajustements des immobilisations | 11 | | XXXX | 10 | 10 | (9 654) |
| | 12 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| | 13 | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX | XXXX |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS (L 06 à L 13) | 14 | 20 081 199 | XXXX | (2 153 213) | (2 153 213) | (630 601) |
| VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE | | | | | | |
| Acquisition de stocks de fournitures | 15 | | (7 027 876) | XXXX | (7 027 876) | (6 764 681) |
| Acquisition de frais payés d'avance | 16 | | (2 956 954) | | (2 956 954) | (2 043 049) |
| Utilisation de stocks de fournitures | 17 | 185 850 | 6 764 681 | XXXX | 6 764 681 | 6 950 531 |
| Utilisation de frais payés d'avance | 18 | 891 042 | 2 043 049 | | 2 043 049 | 2 934 091 |
| TOTAL DES VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES ET AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE (L 15 à L 18) | 19 | 1 076 892 | (1 177 100) | | (1 177 100) | 1 076 892 |
| Autres variations des surplus (déficits) cumulés | 20 | | (1 649 684) | 1 649 684 | 0 | |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) (L 05 + L 14 + L 19 + L 20) | 21 | 21 158 091 | (4 607 667) | (827 632) | (5 435 299) | 160 700 |
| ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN (L 04 + L 21) | 22 | (80 239 620) | (24 392 350) | (167 555 139) | (191 947 489) | (186 512 184) |

Imprimé le : 2017-06-13 13:30:35

# État des flux de trésorerie

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 | Notes |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT | | | | |
| Surplus (déficit) de l'exercice | 1 | (2 104 986) | (285 591) | |
| ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE | | | | |
| Provisions liées aux placements de portefeuille et garanties de prêts | 2 | | | |
| Stocks de fournitures et frais payés d'avance | 3 | (1 177 100) | 1 076 892 | |
| Perte (gain) sur disposition d'immobilisations | 4 | | 3 533 | |
| Perte (gain) sur disposition de placements de portefeuille | 5 | | | |
| Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations : | | | | |
| - Gouvernement du Canada | 6 | (145 557) | | |
| - Autres | 7 | (1 325 665) | (1 296 728) | |
| Amortissement des immobilisations | 8 | 12 772 201 | 13 327 964 | |
| Réduction pour moins-value des immobilisations | 9 | | | |
| Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes | 10 | 122 114 | 166 840 | |
| Amortissement de la prime ou escompte sur la dette | 11 | | | |
| Subventions MSSS | 12 | (529 174) | (1 041 914) | |
| Autres (préciser P297) | 13 | | 13 120 972 | |
| TOTAL DES ÉLÉMENTS SANS INCIDENCE SUR LA TRÉSORERIE (L.02 à L.13) | 14 | 9 716 819 | 25 357 569 | |
| Variation des actifs financiers et des passifs reliés au fonctionnement | 15 | (2 951 542) | (14 977 604) | |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT (L.01 + L.14 + L.15) | 16 | 4 660 291 | 10 094 364 | |
| ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS | | | | |
| Sorties de fonds relatives à l'acquisition d'immobilisations | 17 | (14 925 424) | (14 178 203) | |
| Produits de disposition d'immobilisations | 18 | | 225 759 | |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS (L.17 + L.18) | 19 | (14 925 424) | (13 952 444) | |
| ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT | | | | |
| Variation des placements temporaires dont l'échéance est supérieure à 3 mois | 20 | 4 530 000 | 2 081 857 | |
| Placements de portefeuille effectués | 21 | | | |
| Produits de disposition de placements de portefeuille | 22 | | | |
| Placements de portefeuille réalisés | 23 | | | |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT (L.20 à L.23) | 24 | 4 530 000 | 2 081 857 | |

FINDER VALIDATE: 2017-06-13 13:30:35

# État des flux de trésorerie (suite)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 | Notes |
|---|---|---|---|---|
| ACTIVITÉS DE FINANCEMENT | | | | |
| Dettes à long terme - Emprunts effectués | 1 | 8 660 162 | 30 973 182 | |
| Dettes à long terme - Emprunts remboursés | 2 | (13 768 227) | (21 690 162) | |
| Capitalisation de l'escompte et de la prime sur la dette | 3 | | | |
| Variation des emprunts temporaires - fonds d'exploitation | 4 | (1 700 000) | (1 700 000) | |
| Emprunts temporaires effectués - fonds d'immobilisations | 5 | 14 801 646 | 29 143 810 | |
| Emprunts temporaires remboursés - fonds d'immobilisations | 6 | (8 336 819) | (47 561 900) | |
| Variation du Fonds d'amortissement du gouvernement | 7 | | | |
| Autres (préciser P297) | 8 | | | |
| FLUX DE TRÉSORERIE LIÉS AUX ACTIVITÉS DE FINANCEMENT (L 01 à L 08) | 9 | (343 238) | (10 835 070) | |
| AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE (P 208-00, L 16 + L 19 + L 24 + P 208-01, L 09) | 10 | (6 078 371) | (12 611 293) | |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT | 11 | 21 409 464 | 34 020 757 | |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN (L 10 + L 11) | 12 | 15 331 093 | 21 409 464 | |
| TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT: | | | | |
| Encaisse | 13 | 15 331 093 | 18 965 480 | |
| Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois | 14 | | 2 443 984 | |
| TOTAL (L 13 + L 14) | 15 | 15 331 093 | 21 409 464 | |

2017-06-13 13:30:35

# État des flux de trésorerie (suite)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE (suite)

| | | Exercice courant 1 | Exercice précédent 2 | Notes |
|---|---|---|---|---|
| VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT | | | | |
| Débiteurs - MSSS | 1 | 4 600 111 | (354 349) | |
| Autres débiteurs | 2 | 513 666 | (965 568) | |
| Avances de fonds aux établissements publics | 3 | | | |
| Subvention à recevoir - réforme comptable - avantages sociaux futurs | 4 | 25 626 | 47 901 | |
| Frais reportés liés aux dettes | 5 | (329 497) | (194 571) | |
| Autres éléments d'actifs | 6 | 431 262 | 211 592 | |
| Créditeurs - MSSS | 7 | | | |
| Autres créditeurs et autres charges à payer | 8 | (2 458 383) | (7 448 618) | |
| Avances de fonds - enveloppes décentralisées | 9 | | (5 337 329) | |
| Intérêts courus à payer | 10 | (648 486) | (17 163) | |
| Revenus reportés | 11 | (5 104 278) | (1 634 385) | |
| Passif au titre des sites contaminés | 12 | | | |
| Passif au titre des avantages sociaux futurs | 13 | 818 075 | 747 869 | |
| Autres éléments de passifs | 14 | (799 637) | (32 983) | |
| TOTAL DE LA VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS ET DES PASSIFS RELIÉS AU FONCTIONNEMENT (L.01 à L.14) | 15 | (2 951 542) | (14 977 604) | |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS: | | | | |
| Acquisitions d'immobilisations incluses dans les créditeurs au 31 mars | 16 | 2 534 645 | (2 047 797) | |
| Produits de disposition d'immobilisations inclus dans les débiteurs au 31 mars | 17 | | | |
| Autres éléments n'affectant pas la trésorerie et les équivalents de trésorerie (préciser P297) | 18 | | | |
| Intérêts: | | | | |
| Intérêts créditeurs (revenus) | 19 | 190 901 | 319 783 | |
| Intérêts encaissés (revenus) | 20 | 315 308 | 292 766 | |
| Intérêts débiteurs (dépenses) | 21 | 5 402 088 | 5 793 276 | |
| Intérêts déboursés (dépenses) | 22 | 6 050 574 | 5 967 972 | |

Cadre validé: 2017-06-13 13:30:35

# Revenus ou avantage reçu d'une fondation ou d'une corporation

REVENUS REPORTÉS RELATIFS AUX SOMMES REÇUES PAR DONS, LEGS ET AUTRES FORMES DE CONTRIBUTIONS (art. 269 LSSSS)

| | | Revenus reportés au début 1 | Ajustements à la colonne 1 2 | Sommes perçues dans l'exercice 3 | Revenus réputés dans l'exercice 4 | Revenus reportés à la fin (C1+C2+C3-C4) 5 | Variation des revenus reportés (C1+C2-C5) 6 | Notes |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONTRIBUTIONS DE TIERS | | | | | | | | |
| Contributions de tiers SANS fins particulières | 1 | XXXX | XXXX | | | XXXX | XXXX | |
| Contributions de tiers AVEC fins particulières, relat. | | | | | | | | |
| Fondations & OBNL - immobilisations | 2 | 5 256 434 | 57 802 | 1 753 166 | 1 085 745 | 5 981 656 | (667 423) | |
| Entreprise privée - immobilisations | 3 | 8 485 928 | | | 190 656 | 8 295 272 | 190 656 | |
| Affaires Autochtones & Nord Canada | 4 | 2 030 830 | (2 030 830) | | | 0 | 0 | |
| Ministère Energie Ressources Naturelles | 5 | | | 156 994 | | 156 994 | (156 994) | |
| Autres entités gouvernement Québec | 6 | 2 006 | (201) | | 101 | 1 707 | 101 | |
| Autres - fonds d'immobilisations | 7 | 80 236 | (57 601) | | | 22 635 | 0 | |
| Fonds à destin. spéc. - fds étude CRUM | 8 | 604 236 | | 4 902 | 217 588 | 391 550 | 212 686 | |
| | 9 | | | | | | | |
| | 10 | | | | | | | |
| | 11 | | | | | | | |
| | 12 | | | | | | | |
| | 13 | | | | | | | |
| | 14 | | | | | | | |
| | 15 | | | | | | | |
| | 16 | | | | | | | |
| | 17 | | | | | | | |
| | 18 | | | | | | | |
| | 19 | | | | | | | |
| | 20 | | | | | | | |
| | 21 | | | | | | | |
| | 22 | | | | | | | |
| | 23 | | | | | | | |
| | 24 | | | | | | | |
| Autres (préciser P297) | 25 | | | | | | | |
| TOTAL (L.01 à L.25) | 26 | 16 459 673 | (2 030 830) | 1 915 064 | 1 494 129 | 14 849 770 | (420 935) | |
| DOTATIONS | | | | | | | | |
| Capital | 27 | | | | | | | |
| Revenus non réservés accumulés | 28 | XXXX | XXXX | | | XXXX | XXXX | |
| Revenus réservés accumulés | | | | | | | | |
| | 29 | | | | | | | |
| | 30 | | | | | | | |
| | 31 | | | | | | | |
| | 32 | | | | | | | |
| | 33 | | | | | | | |
| Autres (préciser P297) | 34 | | | | | | | |
| TOTAL (L.27 à L.34) | 35 | | | | | | | |
| GRAND TOTAL (L.26 + L.35) | 36 | 16 459 673 | (2 030 830) | 1 915 064 | 1 494 129 | 14 849 770 | (420 935) | |
| REVENUS REPORTÉS (L.36) AU : | | | | | | | | |
| Fds Exploitation - ACT PRINC (P290) | 37 | 604 236 | | 4 902 | 217 588 | 391 550 | 212 686 | |
| Fds Exploitation - ACT ACCES (P291) | 38 | | | | | | | |
| Fonds Immobilisations (P296) | 39 | 15 855 437 | (2 030 830) | 1 910 162 | 1 276 541 | 14 458 228 | (633 621) | |
| TOTAL REV. REPORTÉS (L.37 à L.39) | 40 | 16 459 673 | (2 030 830) | 1 915 064 | 1 494 129 | 14 849 770 | (420 935) | |

2017-06-13 13:30:35

# Charges brutes par programmes

| CISSS DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE<br>FONDS D'EXPLOITATION – ACTIVITÉS PRINCIPALES<br>EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2017 - NON AUDITÉE | | | |
|---|---|---|---|
| CHARGES BRUTES PAR PROGRAMMES-SERVICES<br>(extrait des pages 700 à 702 du AS-471 au 31 mars 2017) | | | |
| | **Exercice courant** | **Exercice précédent** | **Variation** |
| Santé publique | 9 245 144 | 9 397 550 | (152 406) |
| Services généraux - Activités cliniques et d'aide | 17 550 358 | 17 984 144 | (433 786) |
| Soutien à l'autonomie des personnes âgées | 71 244 350 | 67 408 527 | 3 835 823 |
| Déficience physique | 15 121 540 | 15 099 114 | 22 426 |
| Déficience intellectuelle et TSA | 26 240 092 | 24 647 557 | 1 592 535 |
| Jeunes en difficulté | 45 462 775 | 45 522 846 | (60 071) |
| Dépandances | 2 431 496 | 2 452 342 | (20 846) |
| Santé mentale | 19 416 031 | 19 365 061 | 50 970 |
| Santé physique | 158 776 571 | 154 982 907 | 3 793 664 |
| Administration | 34 448 055 | 32 787 722 | 1 660 333 |
| Soutien aux services | 35 429 686 | 35 348 685 | 81 001 |
| Gestion des bâtiments et des équipements | 31 200 644 | 31 351 610 | (150 966) |
| **TOTAL** | **466 566 742** | **456 348 065** | **10 218 677** |

# Notes aux états financiers

NOTES AUX ETATS FINANCIERS

1. CONSTITUTION ET MISSION

Le centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, ci-après désigné par l'établissement, est un établissement public constitué en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) le 1er avril 2015.

Il a pour mandat d'offrir des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion ainsi que des services de diagnostiques et de traitements médicaux. Il offre également, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut ainsi que différents services aux adultes, qui en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

Il offre également des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale requis par la situation d'un enfant en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescents (LSJPA) ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour Supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche d'antécédents biologiques. Les points de service sont répartis dans l'ensemble de la région.

Les points de service sont :

Bureau d'Amos (5121-8550)
Bureau de La Sarre (5149-6099)
Bureau de Senneterre (5123-4532)
Bureau de Ville-Marie (5123-3377)
Centre de soins de courte durée La Sarre (5122-1083)
Centre d'orientation l'Étape (5121-8568)
Centre multiservices de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda (5123-6271)
CHSLD d'Amos (5121-9699)
CHSLD de La Sarre (5458-3380)
CHSLD de Malartic (5123-3278)
CHSLD de Val-d'Or (5121-9632)
CHSLD de Ville-Marie (5121-8857)
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Macamic (CHSLD) (5122-1091)
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Palmarolle (5458-3398)
CHSLD PIE-XII (5122-8930)
CLSC d'Amos (5465-7820)
CLSC de Barraute (5351-5532)
CLSC de Beaudry (5432-1989)
CLSC de Belleterre (5123-4599)
CLSC de Cadillac (5123-4540)
CLSC de Clericy (5123-4557)
CLSC de Destor (5123-4573)
CLSC de Duparquet (5123-2908)
CLSC de Gallichan (5123-2882)
CLSC de Laforce (5123-4581)
CLSC de Latulipe (5123-4607)
CLSC de Moffet (5123-4367)
CLSC de Montbeillard (5123-4565)

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

CLSC de Nédélec (5122-7866)
CLSC de Normétal (5370-2106)
CLSC de Notre-Dame-du-Nord (5123-4375)
CLSC de Preissac (5351-5524)
CLSC de Rémigny (5122-7825)
CLSC de Rochebaucourt (5351-5540)
CLSC de Rouyn-Noranda (5122-8914)
CLSC de Senneterre (5121-9640)
CLSC de Taschereau (5122-9391)
CLSC de Val-d'Or (5123-6016)
Centre de réadaptation La Maison (5123-2254)
Centre de réadaptation en dépendance d'Amos (5123-1926)
Centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Rouyn-Noranda (5123-3393)
Foyer de groupe pour les jeunes en difficulté d'adaptation de Louvicourt (5123-3385)
Groupe de médecine de famille universitaire de la Vallée-de-l'Or (5123-6222)
Hôpital d'Amos (5122-8906)
Hôpital de Rouyn-Noranda (5122-8922)
Hôpital et Centre de réadaptation en dépendance de Val-d'Or (5122-5589)
Hôpital psychiatrique de Malartic (5122-5597)
Le CHSLD des Premières Nations du Timiskaming (5122-2164)
Pavillon Sainte-Famille (5121-8840)
Point de service de 1ère ligne Dupuy (5123-2874)
Point de service de Témiscaming-et-de-Kipawa (5123-3609)
Services externes - déficience physique d'Amos (5123-2262)
Services externes - déficience physique de La Sarre (5294-2570)
Services externes - déficience physique de Val-d'Or (5123-0274)
Services externes - déficience physique de Ville-Marie (5123-4748)
Services externes d'aides techniques de Rouyn-Noranda (5502-3097)
Services d'hébergement internes services de réadaptation externes - sous-région d'Amos (1246-9490)
Services externes de La Sarre (5266-5163)
Services externes de Rouyn-Noranda (5122-7668)
Services externes de Senneterre (5122-7700)
Services externes de Témiscaming (5266-5114)
Services externes de Ville-Marie (5122-7643)
Sous-région de La Sarre (5232-8531)
Sous-région de Rouyn-Noranda (5123-4433)
Sous-région de Val-d'Or (5257-1767)
Sous-région de Ville-Marie (5307-1254)

Le siège social de l'établissement est situé à Rouyn-Noranda.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'établissement n'est pas assujetti aux impôts sur le revenu au Québec ou au Canada.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

2. PRINCIPALES MÉTHODES COMPTABLES

a. Référentiel comptable

Aux fins de la préparation du présent rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise prioritairement le Manuel de gestion financière rédigé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, comme prescrit par l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2).

Ces directives sont conformes aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception de l'élément suivant :

- Les immeubles loués auprès de la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui n'est pas conforme aux dispositions de la note d'orientation du secteur public NOSP-2 Immobilisations corporelles louées du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public.

Pour toute situation pour laquelle le Manuel de gestion financière ne contient aucune directive, l'établissement se réfère au Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public. L'utilisation de toute autre source de principes comptables généralement reconnus doit être cohérente avec ce dernier.

Par conséquent, les états financiers inclus dans le présent rapport financier annuel AS-471 sont conformes aux principes comptables généralement reconnus pour le secteur public, sauf pour l'élément mentionné ci-haut.

b. Incertitude relative à la mesure

La préparation du rapport financier AS-471 requiert que la direction de l'établissement ait recours à des estimations et à des hypothèses qui ont des incidences sur la comptabilisation des actifs et des passifs, des revenus et des charges de l'exercice, ainsi que sur la présentation d'éléments d'actifs et de passifs éventuels à la date des états financiers.

Les principaux éléments pour lesquels l'établissement a utilisé des estimations et formulé des hypothèses sont la juste valeur des placements, la durée de vie utile des immobilisations corporelles, la subvention à recevoir – réforme comptable, la provision relative à l'assurance salaire, les créances irrécouvrables, les coûts de réhabilitation et de gestion du passif au titre des sites contaminés et les réclamations.

Au moment de la préparation du rapport financier annuel AS-471, la direction considère que les estimations et les hypothèses utilisées sont raisonnables. Cependant, les résultats réels pourraient différer de ces estimations.

c. État des gains et pertes de réévaluation

Les chapitres SP 1201 Présentation des états financiers et SP 3450 Instruments financiers du Manuel de comptabilité de CPA Canada pour le secteur public requièrent la présentation d'un état des gains et pertes de réévaluation lorsque l'entité qui présente les états financiers détient des instruments financiers évalués à leur juste valeur ou libellés en devises étrangères. Le format du rapport financier annuel AS-471, prescrit par le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de l'article 295 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2), n'inclut pas cet état financier puisque la grande majorité des entités du réseau de la santé et des services sociaux ne détiennent pas d'instruments financiers devant être évalués à la

# Notes aux états financiers (suite)

juste valeur considérant les limitations imposées par l'article 265 relativement à l'acquisition d'actions d'une personne morale.

Considérant que l'établissement ne détient aucun élément devant être comptabilisé à la juste valeur ou libellé en devises étrangères, la présentation de l'état des gains et pertes de réévaluation n'est pas jugée requise dans le présent rapport financier AS-471.

d. Comptabilité d'exercice

L'établissement utilise la méthode de comptabilité d'exercice tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières. Ainsi, il comptabilise les opérations et les faits dans l'exercice au cours duquel ils se produisent, sans égard au moment où ils donnent lieu à un encaissement ou un décaissement.

e. Périmètre comptable et méthodes de consolidation

Le périmètre comptable inclut toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant les soldes et les opérations relatifs aux biens détenus en fiducie. Le contrôle est la capacité d'orienter les politiques financières et administratives d'une entité de manière à ce que ses activités lui procurent les avantages attendus ou l'exposent à un risque de perte.

f. Revenus de subventions

Les subventions provenant du gouvernement du Québec ou de tout autre gouvernement, ou d'organismes inclus dans leur périmètre comptable, reçues ou à recevoir, sont constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel le cédant les a dûment autorisées et que l'établissement bénéficiaire a rencontré tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

En présence de stipulations précises imposées par le cédant quant à l'utilisation des ressources ou aux actions que l'établissement doit poser pour les conserver, ou en présence de stipulations générales et d'actions ou de communications de l'établissement réalisées à la date des états financiers qui donnent lieu à une obligation répondant à la définition de passif, les subventions gouvernementales sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis passées aux résultats au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Une subvention pluriannuelle en provenance d'un ministère, d'un organisme budgétaire ou d'un fonds spécial n'est dûment autorisée par le Parlement du Québec, que pour la partie pourvue de crédits au cours de l'exercice ou figurant au budget de dépenses et d'investissements votés annuellement par l'Assemblée nationale, respectivement, comme exigé dans la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01).

g. Revenus provenant des usagers

Les revenus provenant des usagers comprennent notamment les sommes exigibles pour l'hébergement d'usagers dans une installation maintenue par un établissement public ou privé conventionné ou qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire d'un établissement public ou par une ressource de type familial, selon les tarifs établis par le règlement.

# Notes aux états financiers (suite)

Ils incluent également les montants imposés à des usagers ayant un statut de résident du Québec, à des non-résidents du Québec, à des non-résidents du Canada et à des tiers responsables pour les services rendus à des usagers en vertu de lois du Québec, du Canada ou de tout autre gouvernement, pour des soins ou des services qui ne sont pas de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28) ou de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (chapitre S-4.2), ainsi que les montants payables par un bénéficiaire résident recevant des soins de courte durée pour l'occupation d'une chambre privée ou semi-privée selon les tarifs exigibles en vertu de l'article 10 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation (chapitre A-28, r.1).

Ces revenus sont constatés au moment de la prestation de services et sont diminués des déductions, des exonérations et exemptions accordées à certains de ceux-ci.

h. Ventes de services et recouvrements

Les ventes de services représentent des ventes effectuées à partir d'un centre d'activités, autres que la prestation de services aux usagers.

Les revenus de recouvrements sont constitués de récupérations, en tout ou en partie, d'une charge incluse dans le coût direct brut assumé par un centre d'activités.

Ces revenus sont comptabilisés dans l'exercice au cours duquel a lieu la vente de services ou le recouvrement de coûts.

i. Donations

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales sans condition rattachée ou sous condition expresse de doter l'établissement d'un capital à préserver pour une période indéterminée sont comptabilisées aux revenus de l'exercice.

Les sommes reçues de tiers par dons, legs ou contributions autres que des subventions gouvernementales à des fins de dotation de durée déterminée ou à des fins spécifiques sont d'abord comptabilisées à titre de revenus reportés, puis constatées aux revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

L'excédent de la somme reçue sur les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité prescrits à l'entente est inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminée, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde à d'autres fins, le cas échéant. Si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, un revenu reporté est comptabilisé si celle-ci prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

j. Salaires, avantages sociaux et charges sociales

Les charges relatives aux salaires, avantages sociaux et charges sociales sont constatées dans les résultats de l'exercice au cours duquel elles sont encourues, sans considération du moment où les opérations sont réglées par un décaissement.

En conséquence, les obligations découlant de ces charges courues sont comptabilisées à titre de passif. La variation annuelle de ce compte est portée aux charges de l'exercice.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

k. Dépenses de transfert

Les dépenses de transfert octroyées, payées ou à payer, sont constatées aux charges de l'exercice au cours duquel l'établissement cédant les a dûment autorisées, en fonction des règles de gouvernance, notamment la Loi concernant les subventions relatives au paiement en capital et intérêts des emprunts des organismes publics et municipaux et certains autres transferts (RLRQ, chapitre S-37.01) et que le bénéficiaire a satisfait tous les critères d'admissibilité, s'il en est.

Les critères d'admissibilité de tout paiement de transfert versé d'avance sont réputés être respectés à la date des états financiers. Il est donc constaté à titre de charge de l'exercice de son émission.

l. Instruments financiers

Les actifs financiers comprennent l'encaisse, les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, les placements de portefeuille et sont évalués au coût ou au coût après amortissement à l'exception des instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif et des dérivés, lesquels sont évalués à la juste valeur.

Les passifs financiers comprennent les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer excluant les charges sociales et taxes à payer, les intérêts courus à payer et les dettes à long terme. Ils sont évalués au coût ou au coût après amortissement.

i. Trésorerie et équivalents de trésorerie

La trésorerie et les équivalents de trésorerie comprennent l'encaisse, le découvert bancaire, le cas échéant, et les placements temporaires de moins de trois mois suivant la date d'acquisition et les placements facilement convertibles à court terme en un montant connu de trésorerie et dont la valeur ne risque pas de changer de façon importante.

ii. Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses. La charge pour créances douteuses est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

iii. Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

iv. Créditeurs et autres charges à payer

Tout passif relatif à des travaux effectués, des marchandises reçues ou des services rendus est comptabilisé aux créditeurs et autres charges à payer.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

v. Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance.

m. Passif au titre des sites contaminés

Les obligations découlant du passif au titre des sites contaminés sont comptabilisées lorsque toutes les conditions suivantes sont rencontrées :

- La contamination dépasse une norme environnementale en vigueur à la date des états financiers ou il est probable qu'elle la dépasse;
- L'établissement est responsable des coûts de réhabilitation ou il est probable qu'il le soit ou qu'il en accepte la responsabilité;
- Il est prévu que des avantages économiques futurs seront abandonnés;
- Les coûts de réhabilitation sont raisonnablement estimables.

Le passif au titre des sites contaminés comprend les coûts directement liés à la réhabilitation des sites contaminés, estimés à partir de la meilleure information disponible. Ces coûts sont révisés annuellement et la variation annuelle est constatée aux résultats de l'exercice.

Relativement à ces obligations, l'établissement comptabilise une subvention à recevoir du gouvernement du Québec (SCT) pour le financement du coût des travaux de réhabilitation des terrains contaminés existants au 31 mars 2008 et inventoriés au 31 mars 2011, de même que les variations annuelles survenues au cours des exercices 2011-2012 à 2016-2017. La décision quant au financement de ces variations est prise annuellement.

Le passif au titre des sites contaminés est présenté au fonds d'immobilisations.

n. Passif au titre des avantages sociaux futurs

Les passifs au titre des avantages sociaux futurs comprennent principalement les obligations découlant de l'assurance salaire et les congés de maladie et de vacances cumulés. Les autres avantages sociaux comprennent les droits parentaux, les allocations rétention hors-cadre et tout autre régime :

i. Provision pour assurance salaire

Les obligations découlant de l'assurance salaire sont évaluées annuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à l'aide de la moyenne des données de paie pour chacune des dernières trois années financières de l'établissement.

Elles sont estimées à l'aide de la méthode par période de paie qui tient compte des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge, le groupe d'emploi et la durée par dossier.

Cette méthode requiert l'utilisation de l'hypothèse que l'assurance salaire évoluera au cours des trois années financière à venir selon les tendances passées.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

Ces obligations ne sont pas actualisées.

La variation annuelle est constatée dans les charges non réparties.

ii. Provision pour vacances

Les obligations découlant des congés de vacances des employés sont estimées à partir des heures cumulées au 31 mars 2017 et des taux horaires prévus en 2017-2018. Elles ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iii. Provision pour congés de maladie

Les obligations découlant des congés de maladie-années courantes sont évaluées sur la base du mode d'acquisition de ces avantages sociaux. Ainsi, le personnel à temps régulier bénéficie annuellement de 9,6 jours de congés de maladie. Les journées de maladie non utilisées sont payables une fois par année, en décembre. La provision inclut donc les journées non utilisées depuis le paiement jusqu'au 31 mars, selon les taux horaires prévus en 2017-2018. Ces obligations ne sont pas actualisées, car elles sont payables au cours de l'exercice suivant. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

iv. Régime de retraite

Les employés de l'établissement participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), et au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interemployeurs administrés par Retraite Québec sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès. La comptabilité de régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'établissement ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel AS-471.

v. Droits parentaux

Les obligations découlant des droits parentaux sont évaluées sur la base du nombre d'employés en congé parental au 31 mars 2017 et la rémunération versée pour l'exercice 2017-2018, laquelle est répliquée pour le reste de la durée du congé ou au maximum jusqu'au 31 mars 2018. La variation annuelle est ventilée dans les centres et sous-centres d'activités concernés.

o. Immobilisations

Les immobilisations sont des actifs non financiers acquis, construits, développés ou améliorés, qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production de biens ou la prestation de services sur leur durée de vie utile qui s'étend au-delà de l'exercice financier.

Elles sont comptabilisées au coût, lequel comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Le coût des immobilisations détenues en vertu d'un contrat de location-acquisition est égal à la valeur actualisée des paiements exigibles.

Version validée : 2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

Les immobilisations reçues gratuitement ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur lorsqu'elles proviennent de tiers, ou à la valeur comptable nette si elles proviennent d'une partie apparentée, avec contrepartie aux revenus reportés, s'il s'agit d'un bien amortissable ou aux revenus de l'exercice, s'il s'agit d'un terrain. Les revenus reportés sont virés graduellement aux résultats, selon la même méthode et la même durée que l'amortissement de l'immobilisation.

Les immobilisations sont amorties selon une méthode logique et systématique correspondant à leur durée de vie utile, à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur sont amorties dès leur mise en service.

Les différentes catégories d'immobilisations et leur durée de vie utile sont :

| Catégorie | Durée |
|---|---|
| Aménagements des terrains : | 10 à 20 ans |
| Bâtiments : | 20 à 50 ans |
| Améliorations locatives : | Durée restante du bail (max. 10 ans) |
| Matériel et équipements : | 3 à 15 ans |
| Équipements spécialisés : | 10 à 25 ans |
| Matériel roulant : | 5 ans |
| Développement informatique : | 10 ans |
| Réseau de télécommunications : | 10 ans |
| Location-acquisition : | Sur la durée du bail ou de l'entente |

Les contributions reçues pour l'acquisition d'un bien amortissable sont comptabilisées aux revenus reportés qui sont par la suite inscrits aux revenus au même rythme qu'il est amorti, à l'exception de celles destinées à l'achat d'un terrain qui sont directement inscrites aux revenus de l'exercice.

Les immobilisations pour lesquelles une réduction permanente de leur potentiel de services ou de leurs avantages économiques futurs est constatée font l'objet d'une moins-value. Aucune reprise sur réduction de valeur n'est constatée par la suite. De même, la valeur d'une immobilisation qui n'est plus utilisée ou qui est mise hors service est radiée ou ramenée à sa valeur résiduelle, le cas échéant.

Les biens incorporels, tel que les brevets, les droits d'auteur et les oeuvres d'art autre que celles qui sont incorporées à un bâtiment ou à un aménagement en vertu de la Politique d'intégration des arts à l'architecture et à l'environnement des bâtiments et des sites gouvernementaux et publics, lesquels sont capitalisés au coût du bâtiment, ne sont pas constatés dans les présents états financiers puisque leurs avantages économiques futurs ne peuvent être quantifiés de façon raisonnable et vérifiable selon les méthodes existantes. Leurs coûts sont plutôt imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont encourus.

Les immobilisations et leurs opérations connexes sont présentées au fonds d'immobilisations.

p. Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance sont des actifs non financiers représentant des débours effectués avant le 31 mars pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers suivants. Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

# Notes aux états financiers (suite)

q. Stock de fournitures

Les stocks de fournitures sont des actifs non financiers composés de fournitures qui seront consommées dans le cours normal des opérations au cours du ou des prochains exercices. Ils comprennent notamment les médicaments, les produits sanguins, les fournitures médicales et chirurgicales et les denrées alimentaires. Ils sont évalués au moindre du coût ou de la valeur de réalisation nette. Le coût est déterminé selon la méthode de l'épuisement successif et le coût moyen. Ils sont comptabilisés dans les charges de l'exercice au cours duquel ils sont consommés.

r. Autres méthodes

i. Comptabilité par fonds

Pour les fins de présentation du rapport financier annuel AS-471, l'établissement utilise un fonds d'exploitation regroupant les opérations courantes de fonctionnement réparties entre les activités principales et accessoires, ainsi qu'un fonds d'immobilisations, lequel inclut les opérations relatives aux immobilisations, au passif au titre des sites contaminés, aux dettes à long terme, aux subventions et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les opérations et les soldes sont présentés dans les états du fonds concerné.

ii. Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

iii. Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêts. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

iv. Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se réfèrent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

v. Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre de l'établissement ne peut être utilisé qu'aux fins de la réalisation de sa mission qu'il exploite selon l'article 269.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation. L'utilisation de l'avoir propre à l'égard des montants non affectés ou de ceux grevés d'affectations ne doit pas, distinctement, avoir pour effet de rendre le solde de ces derniers déficitaire.

vi. Classification des activités

La classification des activités tient compte des services que l'établissement peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales : elles comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'établissement est appelé à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

- Activités accessoires : elles comprennent les services que l'établissement rend, dans la limite de ses objets et pouvoirs, en sus de la prestation de services qu'il est appelé à fournir.

Les activités accessoires sont subdivisées en deux sous-groupes :

- Activités accessoires complémentaires : elles n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'établissement. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux.

- Activités accessoires de type commercial : elles regroupent toutes les opérations de type commercial. Elles ne sont pas reliées directement à la prestation de services aux usagers.

vii. Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, et à moins de dispositions spécifiques, la plupart des charges engagées par l'établissement dans le cadre de ses activités principales et accessoires sont réparties par objet dans des centres d'activités.

Chacun des centres d'activités regroupe des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus. Certains centres d'activités sont subdivisés en sous-centre d'activités.

viii. Unités de mesure

Une unité de mesure est une donnée quantitative et non financière, compilée de façon spécifique pour un centre ou un sous-centre d'activités donné dans le but de fournir une indication de son niveau d'activités. Elle représente un coût unitaire relié aux coûts directs nets ajustés soit de production de produits ou de services, soit de consommation.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

## 3. MAINTIEN DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (RLRQ, chapitre E-12.0001, l'établissement doit maintenir l'équilibre entre ses revenus et ses charges en cours d'exercice financier et ne doit encourir aucun déficit en fin d'exercice, ni au fonds d'exploitation, ni au fonds d'immobilisations.

Selon les résultats présentés à la page 200 du rapport financier annuel AS-471 pour l'exercice clos le 31 mars 2017, l'établissement n'a pas respecté cette obligation légale.

## 4. DONNÉES BUDGÉTAIRES

Les données budgétaires présentées à l'état des résultats, ainsi qu'à l'état de la variation des actifs financiers nets (dette nette) des pages 200 et 206 du RFA AS-471 respectivement, sont préparées selon les mêmes méthodes comptables que les données réelles et pour le même ensemble d'activités et d'opérations.

Elles représentent les données budgétaires adoptées initialement par le conseil d'administration le 15 juin 2016, à l'aide du formulaire Budget détaillé RR-446. Les mesures de redressement adoptées par le conseil d'administration et approuvées par le Ministre pour atteindre l'équilibre budgétaire et figurant au Sommaire des données financières – État des résultats prévisionnels de la page 100-01 du formulaire budgétaire sont réparties entre les revenus et les charge de l'état des résultats et sont présentées ci-après :

| | Budget initial approuvé par le CA et figurant RR-446 Budget détaillé | Répartition des impacts des mesures de redressement | Budget initial approuvé par le CA après répartition des impacts des mesures de redressement et figurant à l'état des résultats |
|---|---|---|---|
| **REVENUS** | | | |
| Subventions MSSS | 416 025 609 | 416 025 609 | |
| Subventions Gouvernement du Canada | 202 609 | 202 609 | |
| Contributions des usagers | 24 273 363 | 24 273 363 | |
| Ventes de services et recouvrements | 24 644 378 | 24 644 378 | |
| Donations | 1 296 728 | 1 296 728 | |
| Revenus de placements | 134 050 | 134 050 | |
| Revenus de type commercial | 901 800 | 901 800 | |
| Gain sur dispositions | 75 | 75 | |
| Autres revenus | 7 776 394 | 7 776 394 | |
| **Total** | 475 255 006 | 475 255 006 | |
| | | | |

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

| | | | |
|---|---|---|---|
| **CHARGES** | | | |
| Salaires, av. sociaux et charges sociales | 307 483 729 | 304 821 089 | 2 662 640 |
| Médicaments | 10 961 972 | 10 961 972 | |
| Produits sanguins | 2 266 792 | 2 266 792 | |
| Fournitures médicales et chirurgicales | 10 395 469 | 10 395 469 | |
| Denrées alimentaires | 4 104 615 | 4 104 615 | |
| Rétrib. versées aux RNI | 36 361 491 | 36 361 491 | |
| Frais financiers | 6 541 953 | 6 651 953 | |
| Entr. et rép., y compris dép. non capit. rel. aux immob. | 9 338 822 | 9 338 822 | |
| Créances douteuses | | | |
| Loyers | 2 159 691 | 2 159 691 | |
| Amort. des immobilisations | 13 327 964 | 13 327 964 | |
| Perte sur disposition d'immo. | 3608 | 3608 | |
| Dépenses de transfert | 16 462 810 | 16 462 810 | |
| Autres charges | 58 648 316 | 58 391 529 | 256 787 |
| **Total** | 478 057 232 | 475 137 805 | 2 919 427 |
| **SOUS-TOTAL** | **(2 802 227)** | **117 201** | XXXXX |
| Total des mesures de redressement | 2 919 427 | XXXXX | XXXXX |
| **SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE** | **117 201** | XXXXX | |

5. INSTRUMENTS FINANCIERS ÉVALUÉS À LA JUSTE VALEUR OU LIBELLÉS EN DEVISES ÉTRANGÈRES

a. Impacts sur les états financiers

L'établissement ne détenait pas, au 31 mars 2017, et n'a pas détenu au cours de l'exercice, d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, et par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

b. Amortissement des frais reportés liés aux dettes

Selon la pratique actuelle, les frais reportés liés aux dettes sont amortis selon la méthode du taux linéaire, alors que les Normes comptables canadiennes pour le secteur public préconisent l'application de la méthode du taux effectif.

L'amortissement des frais reportés selon la méthode du taux effectif est sans impact important sur les résultats d'opération et la situation financière.

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

## 6. PLACEMENTS TEMPORAIRES

La nature des placements temporaires des parties non apparentées, ainsi que des entreprises du gouvernement, leur coût, les dates d'échéance maximale moyenne, les taux de rendement effectif moyens pondérés, ainsi que les provisions pour moins-values sont présentés à la page 631-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement temporaire de parties apparentées.

## 7. PLACEMENTS DE PORTEFEUILLE

La nature des placements de portefeuille de parties non apparentées ainsi que d'entreprises du gouvernement, y compris les prêts et avances, la valeur comptable, le cours du marché, les dates d'échéance, les taux de rendement effectifs minimums et maximums, les provisions pour moins-values et l'échéancier des remboursements des prêts et avances sont présentés aux pages 632 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement ne détient aucun placement de portefeuille de parties apparentées.

## 8. EMPRUNTS TEMPORAIRES

Les conditions des emprunts temporaires contractés auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 633-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a aucun emprunt temporaire conclu avec une partie apparentée.

## 9. DETTES À LONG TERME

Les conditions des dettes à long terme contractées auprès de parties non apparentées sont présentées à la page 634-00 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement a également contracté des dettes à long terme auprès de parties apparentées, dont les principales conditions sont :

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Billet à terme contracté auprès du Fonds de financement pour un montant total de 138 354 024 $ au taux effectif variant de 1,256 % à 3,243 %, garanti par le gouvernement, remboursable par versement annuel de 9 179 252 $ pour les 2 prochains exercices financiers, échéant entre 2017 et 2041. | 138 354 024 | 93 627 964 |
| Billets à terme contractés auprès de Financement-Québec pour un montant total de 61 352 326 $, à un taux variant de 2,0776 % à 9,375 %, garantis par le gouvernement, remboursables par un versement annuel de 4 713 952 $ lors du prochain exercice financier, échéant entre 2017 et 2035. | 61 352 326 | 111 118 050 |

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Emprunt garanti par hypothèque remboursable par versement annuel de 68 400 $, au taux fixe de 1,188 %, échéant en 2026. | 570 000 | 638 400 |
| Total | 200 276 350 | 205 384 414 |

En présumant que les refinancements seront réalisés à l'échéance aux mêmes conditions que celles qui prévalaient au 31 mars 2017, l'échéancier des versements en capital à effectuer au cours des prochains exercices sur la dette à long terme se détaille comme suit :

| | $ |
|---|---|
| 2017-2018 | 13 961 604 |
| 2018-2019 | 13 254 263 |
| 2019-2020 | 8 565 286 |
| 2020-2021 | 6 582 298 |
| 2021-2022 | 5 743 502 |
| 2022-2023 et subséquents | 152 169 397 |
| Total | 200 276 350 |

## 10. PASSIF AU TITRE DES SITES CONTAMINÉS

L'établissement est responsable de décontaminer un terrain faisant l'objet d'un usage productif et nécessitant des travaux de réhabilitation à la suite d'une fuite d'une fournaise à l'huile.

À cet égard, un montant de 1 166 200 $ a été comptabilisé à titre de passif au titre de sites contaminés dans les états financiers au 31 mars 2017 (1 166 200 $ au 31 mars 2016). Ce montant est basé sur une étude de caractérisation préliminaire et un plan de réhabilitation et ingénierie détaillé.

L'établissement a également constaté une subvention à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux du même montant pour le financement du coût des travaux.

## 11. PASSIFS AU TITRE DES AVANTAGES SOCIAUX FUTURS

Les principales hypothèses utilisées sont :

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Pour les provisions relatives aux congés de maladie-années courantes et de vacances : | | |
| Taux moyen de croissance de la rémunération | 1,75 % | 1,50 % |
| Inflation | 0,9 % | 1 % |
| Accumulation des congés de vacances et maladie pour les salariés | 9,43 % | 9,43 % |
| Accumulation des congés de vacances pour les cadres et hors cadre | 8,65 % | 8,65 % |

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

| | Exercice courant | | | | Exercice précédent |
|---|---|---|---|---|---|
| | Solde au début | Charge de l'exercice | Montants versés | Solde à la fin | Solde à la fin |
| Provision pour vacances | 34 438 060 | 1 424 994 | | 35 863 054 | 34 438 060 |
| Assurance salaire | 5 301 698 | (568 997) | | 4 732 701 | 5 301 698 |
| Provision pour maladie | 1 264 971 | 34 684 | | 1 299 655 | 1 264 971 |
| Droits parentaux | 232 470 | (72 606) | | 159 864 | 232 470 |
| Temps accumulé | 1 026 551 | 204 737 | | 1 231 288 | 1 026 551 |
| Total | 42 263 750 | 1 022 812 | | 43 286 562 | 42 263 750 |

12. AFFECTATIONS

La nature des affectations d'origines interne et externe ainsi que leur variation sont présentées aux pages 289 du rapport financier annuel AS-471.

13. GESTION DES RISQUES ASSOCIÉS AUX INTRUMENTS FINANCIERS

Dans le cadre de ses activités, l'établissement est exposé à divers risques financiers, tels que le risque de crédit, le risque de liquidité et le risque de marché. La direction a mis en place des politiques et des procédés en matière de contrôle et de gestion des risques qui l'assurent de gérer les risques inhérents aux instruments financiers et d'en minimiser les impacts potentiels sur les résultats.

a. Risque de crédit

Le risque de crédit est le risque qu'une partie à un instrument financier manque à l'une de ses obligations et amène, de ce fait, l'autre partie à subir une perte financière.

Les instruments financiers qui exposent l'établissement au risque de crédit sont l'encaisse (découvert bancaire), les placements temporaires, les débiteurs MSSS, les autres débiteurs, la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable ainsi que les placements de portefeuille. L'exposition maximale à ce risque correspond à la valeur comptable de ces postes présentés à titre d'actifs financiers à l'état de la situation financière :

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Encaisse (découvert bancaire) | 15 331 093 | 18 965 480 |
| Placements temporaires | | 6 973 984 |
| Débiteurs MSSS | 8 056 542 | 12 656 653 |
| Autres debiteurs | 9 378 895 | 9 892 561 |
| Subvention à recevoir (perçue d'avance) – réforme comptable | 105 574 137 | 105 070 584 |
| Total | 138 340 667 | 153 559 262 |

Numéro validation: 2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

Le risque de crédit associé à l'encaisse et aux placements temporaires est réduit au minimum. En effet, l'établissement s'assure que les excédents de trésorerie sont investis dans des placements liquides de façon sécuritaire et diversifiée auprès d'institutions financières jouissant d'une cote de solvabilité élevée attribuée par des agences de notation nationales, afin d'en retirer un revenu d'intérêts raisonnable selon les taux d'intérêt en vigueur. La direction juge que le risque de perte est négligeable.

Le risque de crédit associé aux débiteurs MSSS ainsi qu'à la subvention à recevoir (perçue d'avance)-réforme comptable est faible puisque ces postes sont constitués de contributions à recevoir confirmées par le gouvernement du Québec qui jouit d'une excellente réputation sur les marchés financiers. Ces sommes sont principalement reçues dans les 30 jours suivant la fin d'exercice.

Le risque de crédit relié aux autres débiteurs est faible, car il comprend des sommes à recevoir de d'autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux, de diverses compagnies d'assurances, de la RAMQ et de la CNESST, du gouvernement du Canada et de différentes fondations qui jouissent d'une bonne qualité de crédit, ainsi que des usagers eux-mêmes, y compris ceux en provenance de pays étrangers ayant reçu des soins.

Afin de réduire ce risque, l'établissement s'assure d'avoir l'information complète sur les différents autres débiteurs afin de les facturer en temps opportun. Il fait parvenir des états de compte aux retardataires et achemine les comptes en souffrance à une agence de collection. Il analyse régulièrement le solde des comptes à recevoir et constitue une provision pour créances douteuses adéquate, lorsque nécessaire, en basant leur valeur de réalisation estimative, compte tenu des pertes de crédit potentielles, sur l'expérience, l'historique de paiement, la situation financière du débiteur et l'âge de la créance. Au 31 mars 2017, les sommes à recevoir d'entités gouvernementales représentaient 59 % (56 % en 2016-2017) du montant total recouvrable.

La chronologique des autres débiteurs, déduction faite de la provision pour créances douteuses au 31 mars, se détaille comme suit :

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Autres débiteurs non en souffrance | 4 074 673 | 5 188 670 |
| Autres débiteurs en souffrance : | | |
| Moins de 30 jours | 2 838 737 | 1 960 878 |
| De 30 à 59 jours | 208 409 | 407 642 |
| De 60 à 89 jours | 1 633 487 | 1 722 504 |
| De 90 jours et plus | 1 233 763 | 1 123 083 |
| Sous-total | 5 914 396 | 5 214 107 |
| Provision pour créances douteuses | 610 174 | 510 216 |
| Sous-total | 5 304 222 | 4 703 891 |
| Total des autres débiteurs | 9 378 895 | 9 892 561 |

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

La variation de l'exercice de la provision pour créances douteuses s'explique comme suit :

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Solde au début | 510 217 | 441 531 |
| Perte de valeur comptabilisée aux résultats | 99 957 | 68 785 |
| Montants recouvrés | | |
| Radiations | | |
| Solde à la fin | 610 174 | 510 216 |

L'établissement est d'avis que la provision pour créances douteuses est suffisante pour couvrir le risque de non-paiement.

L'article 269 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2) stipule que les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contributions autres que celles octroyées par le gouvernement du Québec, incluant les ministères ou organismes visés par l'article 268, faits à des fins particulières doivent être déposées ou placées conformément aux dispositions du Code civil relativement aux placements présumés sûrs, jusqu'à ce qu'elles soient utilisées aux fins prévues.

Au cours de l'exercice terminé le 31 mars 2017, l'établissement s'est conformé aux articles 268 et 269 de cette loi.

b. Risque de liquidité

Le risque de liquidité est le risque que l'établissement ne soit pas en mesure d'honorer ses obligations financières à leur échéance. Le risque de liquidité englobe également le risque qu'il ne soit pas en mesure de liquider ses actifs financiers au moment opportun et à un prix raisonnable.

L'établissement est donc exposé au risque de liquidité relativement aux passifs financiers comptabilisés à l'état de la situation financière, principalement les emprunts temporaires, les créditeurs MSSS, les autres créditeurs et autres charges à payer, les intérêts courus à payer, le passif au titre des sites contaminés, les passifs au titre d'avantages sociaux futurs et les dettes à long terme.

L'établissement gère ce risque en établissant des prévisions budgétaires et de trésorerie, notamment en surveillant le solde de son encaisse et les flux de trésorerie découlant de son fonctionnement, en tenant compte de ses besoins opérationnels et en recourant à des facilités de crédit pour être en mesure de respecter ses engagements.

Les emprunts temporaires sont des marges de crédit à échéance déterminée. Le risque de liquidité associé aux dettes à long terme est minime considérant que ces dernières sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les autres créditeurs et autres charges à payer ont des échéances principalement dans les 30 jours suivant la fin d'exercice. Les autres éléments du passif sont majoritairement un montant du fonds d'immobilisations et pour un projet autofinancé d'économie d'énergie.

Les flux de trésorerie contractuels relativement aux autres créditeurs sont les suivants :

2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| De moins de 6 mois | 36 910 896 | 39 210 676 |
| De 6 mois à 1 an | 97 463 | 256 066 |
| De 1 à 3 ans | | |
| De 3 à 5 ans | | |
| De plus de 5 ans | | |
| Total des autres créditeurs | 37 008 359 | 39 466 742 |

c. Risque de marché

Le risque de marché est le risque que le cours du marché ou que les flux de trésorerie futurs d'un instrument financier fluctuent en raison de variations du prix du marché. Il se compose de trois types de risque : le risque de change, le risque de taux d'intérêt et l'autre risque de prix.

L'établissement est exposé aux risques suivants:

i. Risque de change

Le risque de change est le risque émanant d'une évolution défavorable des cours du change sur les marchés. Le risque de change est minime, car l'établissement réalise très peu d'opérations en devises. Il ne gère donc pas activement ce risque.

ii. Risque de taux d'intérêt

Le risque de taux d'intérêt est le risque que la juste valeur des instruments financiers ou que les flux de trésorerie futurs associés à ces instruments financiers fluctuent en raison des variations des taux d'intérêt du marché.

L'établissement est exposé au risque de taux d'intérêt par ses emprunts temporaires et ses dettes à long terme. Selon l'état de la situation financière, le solde de ces postes représente :

| | Exercice courant | Exercice précédent |
|---|---|---|
| Emprunts temporaires | 30 206 536 | 25 441 709 |
| Dettes à long terme | 200 276 350 | 205 384 415 |
| | | |
| Total | 230 482 886 | 230 826 124 |

Du montant des emprunts temporaires totalisant 30 206 536 $, un montant de 8 600 000 $ porte intérêts au taux des acceptations bancaires plus 0,05 %. Puisque les intérêts sur ces emprunts sont pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ils ne sont pas exposés au risque de taux d'intérêt.

Une somme de 570 000 $ représente des emprunts pour lesquels les intérêts sont à taux variables et ne sont pas pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par conséquent, ces emprunts sont exposés au risque de taux d'intérêt et l'établissement ne gère pas activement ce risque.

Dernier validateur: 2017-06-13 13:30:35

# Notes aux états financiers (suite)

L'établissement limite son risque de taux d'intérêt par une gestion des excédents d'encaisse et des placements temporaires en fonction des besoins de trésorerie et de façon à optimiser les revenus d'intérêts. Il prévoit le remboursement des dettes à long terme selon l'échéancier prévu.

iii. Autre risque de prix

L'autre risque de prix est le risque encouru du fait d'une variation défavorable du prix du marché ou du cours d'un instrument financier.

L'établissement n'est pas exposé à ce risque.

## 14. OPÉRATIONS AVEC DES PARTIES APPARENTÉES

L'établissement est apparenté à toutes les autres entités du réseau de la santé et des services sociaux, tous les ministères et organismes budgétaires, tous les organismes non budgétaires et fonds spéciaux, toutes les entreprises publiques et toutes les entités du réseau de l'éducation contrôlées directement ou indirectement par le gouvernement du Québec, ou soumis à un contrôle conjoint ou commun. Ces parties apparentées sont énumérées au début de la section 600 du rapport financier annuel AS-471.

L'établissement n'a conclu aucune opération commerciale avec ces parties apparentées autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations sont comptabilisées à la valeur d'échange. Elles sont présentées aux pages 612-00 à 647-00 du rapport financier annuel AS-471.

## 15. BIENS DÉTENUS EN FIDUCIE

La description des biens en fiducie détenus et gérés par l'établissement ainsi que le sommaire des soldes sont présentés à la page 375 du rapport financier annuel AS-471.

## 16. OPTILAB

Le projet « OPTILAB » entrant en application le 1er avril 2017 consiste en une vaste réorganisation provinciale des services de biologie médicale au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ces services, auparavant fournis dans les unités administratives des établissements publics, seront dorénavant offerts dans l'une des 11 grappes de laboratoires de biologie médicale créés à cet effet ayant pour but une offre de services concertée et complémentaire et un accroissement de l'efficience globale du réseau. Ainsi, le 1er avril 2017, l'ensemble des ressources humaines, financières, informatiques et matérielles affectées au laboratoire de biologie médicale des établissements sera intégré dans l'une des onze grappes appelées « centres serveurs ».

À cette fin, l'établissement a conclu avec le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) une convention de cession d'exploitation d'activités de laboratoire qui prend effet à compter du 1er avril 2017 en vertu de laquelle il abandonne et cède en sa faveur l'exploitation complète des activités de laboratoire médical à compter de cette date. Il cède également tous les biens meubles et autres actifs servant à l'exploitation des activités cédées, ainsi que les droits, devoirs et obligations sur la partie du budget en cours à la date de la prise en charge des activités cédées. Il demeure responsable de toutes les dettes, obligations, responsabilités et de tout le passif se rapportant aux actifs et activités cédés qui auraient pris origine avant la date de la prise en charge des activités et seraient devenus exigibles à cette date.

# Notes aux états financiers (suite)

L'incidence financière du transfert d'actifs sera comptabilisée au cours du prochain exercice.

## 17. CHIFFRES COMPARATIFS

Certains chiffres de l'exercice précédent ont été reclassés afin de rendre leur présentation conforme à celle adoptée pour le présent exercice.

# L'équilibre budgétaire

En vertu des articles 3 et 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux (chapitre E-12.0001) et de l'article 387 de la Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS) respectivement, les établissements publics doivent maintenir l'équilibre entre leurs revenus et leurs charges en cours d'exercice financier et ne doivent engendrer aucun déficit en fin d'exercice. Cette exigence légale s'applique au fonds d'exploitation et au fonds d'immobilisations.

Pour l'exercice 2016-2017, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue n'a pas respecté son obligation légale de maintenir l'équilibre budgétaire puisqu'il a engendré un déficit global de 2 104 986 $. Ce montant se compose d'un déficit de 1 780 883 $ au fonds d'exploitation et d'un déficit de 324 103 $ au fonds des immobilisations.

En ce qui concerne le fonds d'immobilisation, le déficit est causé par l'amortissement provenant des équipements financés par les soldes de fonds, tel le solde de fonds accumulé par le technocentre avant la fusion des établissements.

Pour ce qui est du fonds d'exploitation, l'année 2016-2017 s'est terminée avec un déficit de 1 780 883 $ malgré le fait que le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue avait identifié des mesures potentielles d'économie budgétaire à la hauteur de l'effort budgétaire demandée. Pour l'exercice 2017-2018, des mesures d'efforts budgétaires ont été identifiées afin d'atteindre l'équilibre. Ces mesures ont été adoptées par le conseil d'administration lors de l'assemblée ordinaire tenue le 16 mai 2017 et ont été transmis au Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour approbation. Ce plan permet de soumettre au MSSS un budget détaillé 2017-2018 en équilibre.

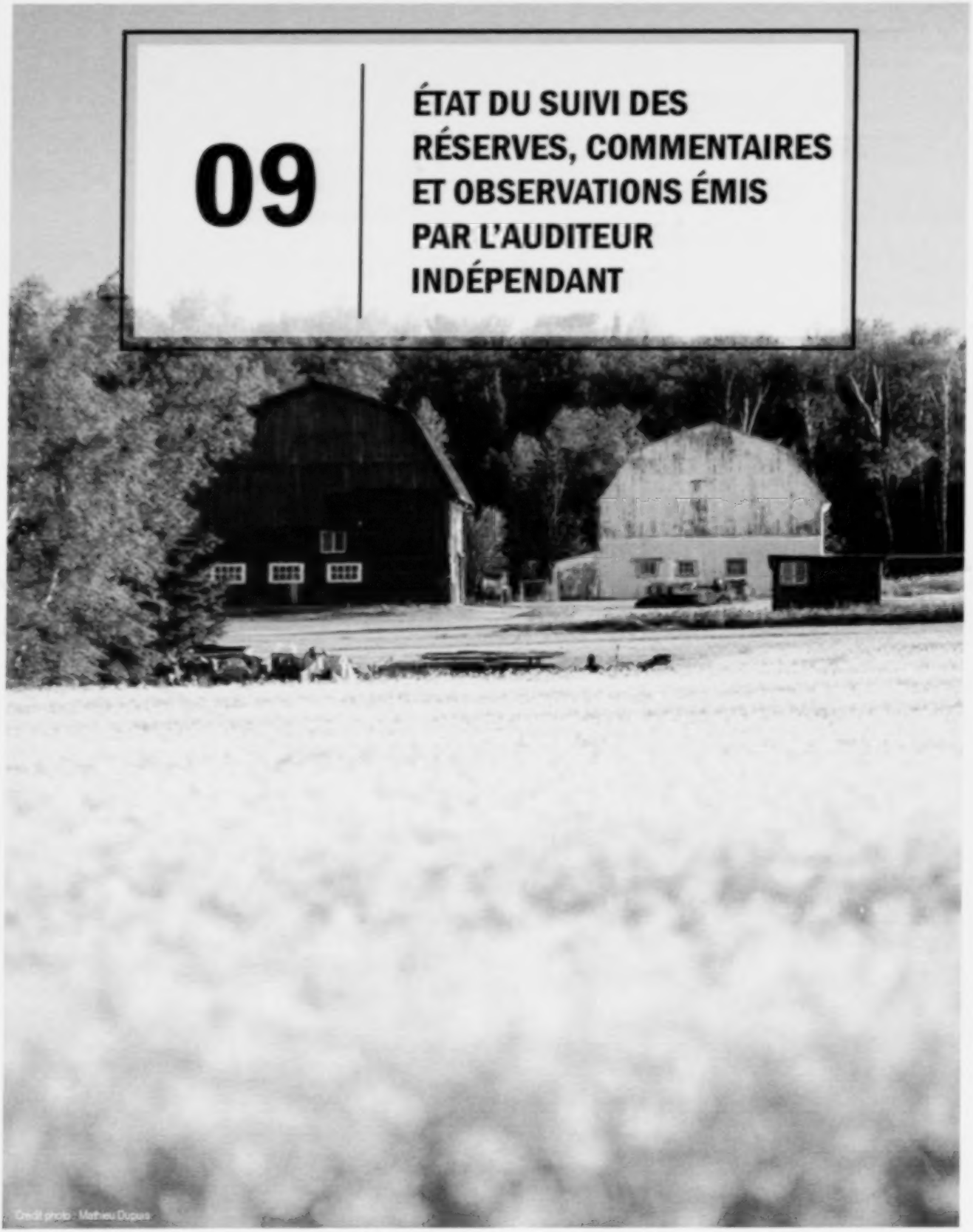
## Contrats de services

Contrats de services, composant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er avril 2015 et le 31 mars 2016.

| | Nombre | Valeur |
|---|---|---|
| Contrats de services avec une personne physique | 0 | **0** |
| Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique | 51 | **12 055 840 $** |
| Total des contrats de services | 51 | **12 055 840 $** |

# 09

# ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS ÉMIS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT



ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

| ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Description des réserves, commentaires et observations** | **Année 20XX-XX** | **Nature (R, O ou C)** | **Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée** | **État de la problématique au 31 mars 2016** | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | **R** 5 | **PR** 6 | **NR** 7 |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers*** | | | | | | |
| Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. | 2011-2012 | R | La comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI comme des contrats de location-exploitation est exigée par le MSSS | | | NR |
| | | | | | | |
| Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire. | 2016-2017 | O | | | | NR |
| ***Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées*** | | | | | | |
| Unité de mesure des centres d'activités #6320 et #6880 non décomptée. | 2011-2012 | R | Les statistiques pour le centre d'activité #6880 ont été décomptées et inscrites dans le AS471.<br><br>Les statistiques pour le centre d'activité #6320 ont été décomptées et inscrites dans le AS471. | R | | |
| Unité de mesure du centre d'activités #7532 incomplète. | 2011-2012 | R | Les statistiques pour le centre d'activité #7532 ont été décomptées, complétées et | R | | |

AS-471 – Rapport financier annuel Gabarit: SPRG-2017.1.0 Révisé: 2016-2017

Timbre matériel: 2017-06-13 13:30:35 Rapport 7 de 9

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | inscrites dans le AS471. | | | |
| Unités de mesure du centre d'activité #7553 impossible à valider. | 2011-2012 | R | Les statistiques pour le centre d'activité #7553 ont été possible à valider. | R | | |
| Unités de mesure pour le centre d'activité #7703 impossible à tester. | 2015-2016 | R | Les correctifs nécessaires ont été apportés à la fin de l'année | R | | |
| Unités de mesure pour le centre d'activité #7554 impossible à valider. | 2015-2016 | R | Les statistiques pour le centre d'activité #7554 ont été possible à valider. | R | | |
| | | | | | | |
| ***Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)*** | | | | | | |
| Les frais reportés liés aux dettes n'ont pas été présentés en diminution de la dette à long terme. | 2012-2013 | C | Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS. | | | NR |
| | | | | | | |
| Les informations sur les conditions d'emprunts, soit le taux d'intérêts et les échéances, n'ont pas été présentés. | 2012-2013 | C | Les informations sont présentées cette année. | R | | |
| | | | | | | |
| Les informations comparatives de la section de consolidation des pages 600 n'ont pas été présentées. | 2012-2013 | C | Aucune, car présentation du AS-471 selon la demande du MSSS. | | | NR |
| | | | | | | |
| Les informations comparatives de certaines autres sections n'ont pas été présentées. | 2015-2016 | C | Les informations sont présentées cette année. | R | | |
| | | | | | | |
| Les contrats de location d'immeubles conclus entre l'établissement et la Société québécoise des infrastructures sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, alors qu'il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. | 2012-2013 | C | La comptabilisation des contrats de location d'immeubles avec la SQI comme des contrats de location-exploitation est exigée par le MSSS. | | | NR |

2017-06-13 13:30:35

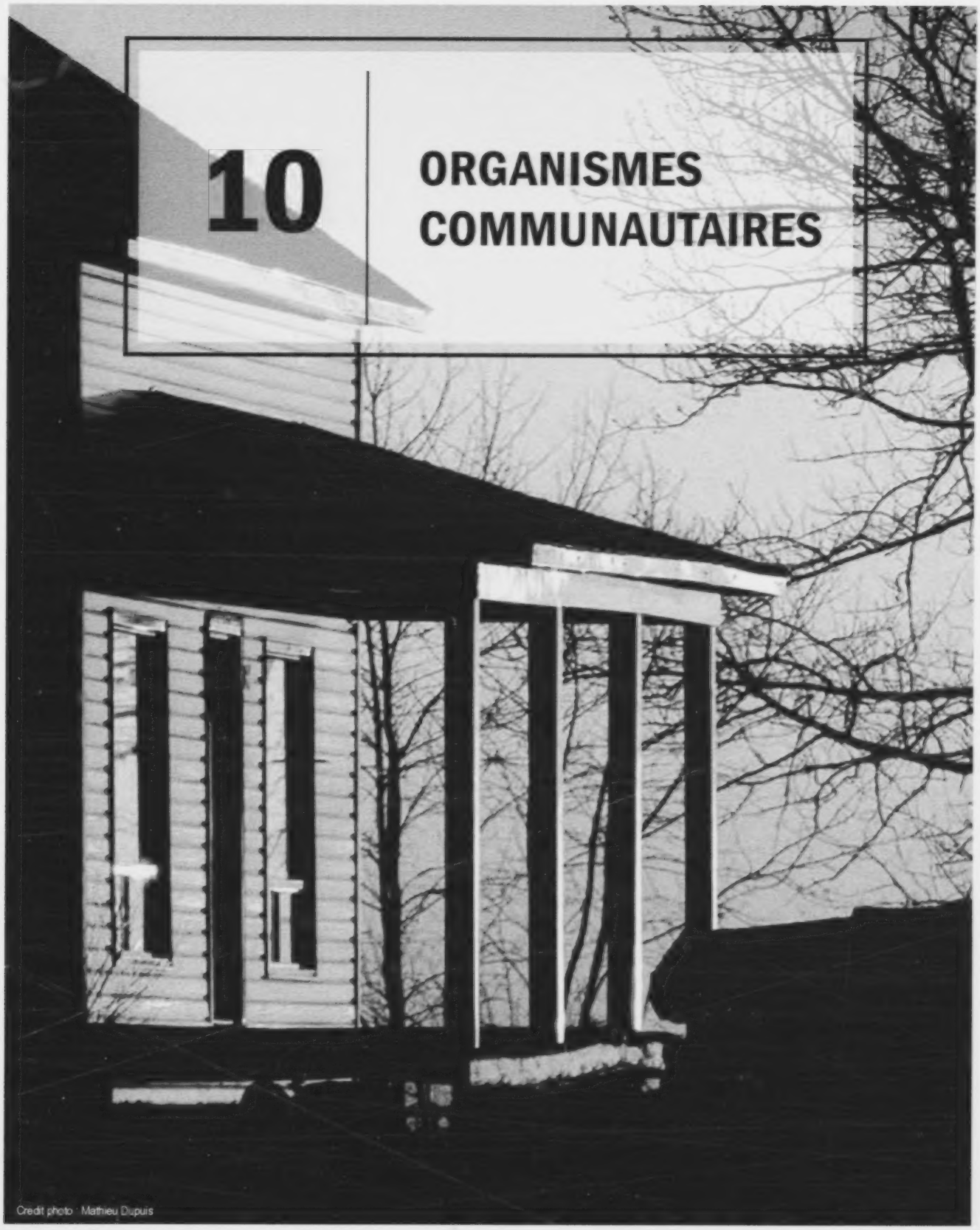
| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| Le CISSSAT a encouru un excédent des charges sur les revenus alors que son avoir propre est négatif. Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire. | 2016-2017 | O | | | | NR |
| | | | | | | |
| *Rapport à la gouvernance* | | | | | | |
| | | | | | | |
| Les unités de mesure (mètres carrés) compilées pour le centre d'activité 7644 Hygiène et salubrité - tâches opérationnelles ont dû être estimées suite au départ de la personne responsable de ce département. Afin de régler la situation pour l'exercice 2016-17, nous recommandons de faire appel à une firme d'architectes pour mettre à jour les plans des superficies de l'Établissement. | 2014-2015 | O | Les données ont été obtenues pour 2016-2017 et l'unité a pu être testée. | R | | |
| | | | | | | |
| Recommandation concernant la détermination de la proportion des activités commerciales versus les activités exonérées aux fins des taxes de ventes. Très important depuis la fusion. | 2011-2012 | O | Le MSSS a envoyé les lignes directrices et la position du Ministère du revenu après la fin d'année donc sera appliqué en 2017-2018. | R | | |
| | | | | | | |
| Autorisation des écritures de journal par une personne autre que le préparateur. | 2013-2014 | O | | | PR | |
| | | | | | | |
| Approbation des conciliations bancaires n'est pas toujours faite. | 2015-2016 | O | Des procédures d'approbation ont été mises en place en 2016-2017. | R | | |
| | | | | | | |
| Une révision des données consolidées n'est pas toujours faites en fin | 2015-2016 | O | | R | | |

2017-06-13 13:30:35

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| d'année. | | | | | | |
| | | | | | | |
| Conciliation des états de comptes des fournisseurs importants. | 2016-2017 | O | | | | NR |
| Un suivi périodique de la charge relatif au régime rétrospectif de la CSST devrait être effectué. | 2016-2017 | O | | | | NR |
| | | | | | | |

2017-06-13 13:30:35

# 10 ORGANISMES COMMUNAUTAIRES



Credit photo : Mathieu Dupuis

# 10 | ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

Dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a subventionné 149 organismes communautaires en 2016-2017.

De ce nombre, 119 organismes communautaires œuvrant principalement en santé et services sociaux ont été financés en soutien à leur mission globale pour un total de 13 097 153 $, soit une augmentation de 196 364 $ par rapport à 2015-2016. Celle-ci s'explique essentiellement par la somme récurrente d'indexation versée intégralement aux organismes.

Le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a également investi un total de 1 948 960 $ dans le cadre d'ententes pour des activités spécifiques pour la réalisation de projets ponctuels et pour des aides ponctuelles d'urgence à des organismes.

En conformité avec les critères et les règles établis par le MSSS dans le cadre du PSOC, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue a assuré la vérification des informations devant être fournies à titre de reddition de comptes par les organismes communautaires reconnus en santé et services sociaux. Ainsi, chaque organisme financé à la mission globale a acheminé, tel que requis au PSOC, son rapport d'activités annuel et un rapport financier, ainsi que la preuve de la tenue de son assemblée générale annuelle. De même, les formulaires de demande de subvention ont été remplis et acheminés par l'ensemble des organismes reconnus. Ces documents ont été analysés par la répondante aux organismes communautaires, qui a pu constater la conformité de ceux-ci.

## Subventions accordées

| NOM ORGANISME | Subventions accordées Programme PSOC | | Ententes de services et projets ponctuels | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016-2017 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2015-2016 |
| **Accès logis** | | | | |
| Résidences Témiscaming | 0 | 0 | 12 500 | 12 352 |
| Table concertation pers. âgées du Témisc. | 0 | 0 | 20 454 | 20 211 |
| **Total Accès logis** | **0** | **0** | **32 954** | **32 563** |
| **Agressions à caractère sexuel (CALACS)** | | | | |
| Assaut sexuel secours | 264 898 | 261 757 | 0 | 0 |
| CALACS-ABITIBI (Centre aide/lutte agress. sexuelle) | 138 234 | 136 595 | 0 | 1 150 |
| CAPACS A-O (Centre aide/lutte agress. sexuelle) | 137 659 | 136 027 | 0 | 1 825 |
| Point d'appui | 265 616 | 262 466 | 0 | 2 875 |
| **Total Agressions à caractère sexuel (CALACS)** | **806 407** | **796 845** | **0** | **5 850** |
| **Autres ressources jeunesses** | | | | |
| Association des grands frères et grandes sœurs de l'Abitibi-Ouest | 22 448 | 22 181 | 0 | 800 |
| Association des grands frères et grandes sœurs de Rouyn-Noranda | 17 660 | 17 451 | 0 | 1 070 |
| Association PANDA Abitibi-Ouest | 0 | 0 | 0 | 2 250 |
| Espace Abitibi-Est | 143 099 | 141 402 | 0 | 1 500 |
| Projet Jeunesse St-Michel | 33 810 | 33 409 | 0 | 880 |
| **Total Autres ressources jeunesses** | **217 017** | **214 444** | **0** | **6 500** |
| **Centres d'action bénévole** | | | | |
| Centre de bénévolat de Rouyn-Noranda | 129 232 | 127 700 | 0 | 0 |
| Centre de bénévolat de Val-d'Or | 98 406 | 97 239 | 0 | 0 |
| Centre de bénévolat du Lac Témiscamingue | 47 977 | 47 408 | 0 | 0 |
| Centre d'action bénévole L'amicale | 54 914 | 57 227 | 0 | 780 |
| **Total Centres d'action bénévole** | **333 529** | **329 574** | **0** | **780** |
| **Centres de femmes** | | | | |
| Centre de femmes l'Érige | 192 623 | 190 339 | 0 | 900 |
| Centre Entre-femmes | 192 812 | 190 526 | 0 | 1 989 |
| Comité de la condition féminine au Témiscamingue | 192 755 | 190 469 | 0 | 500 |
| Femmes Ressources | 0 | 0 | 0 | 2 335 |
| **Total Centres de femmes** | **578 190** | **571 334** | **0** | **5 724** |
| **Concertation régionale** | | | | |
| CROC-AT | 87 698 | 86 658 | 10 487 | 4 530 |
| Corporation de développement communautaire d'Amos | 0 | 0 | 20 840 | 20 000 |
| Regroupement des organismes communautaires Abitibi-Ouest | 0 | 0 | 21 162 | 20 911 |
| Regroupement des organismes communautaires Rouyn-Noranda | 0 | 0 | 21 252 | 21 000 |
| Regroupement des organismes communautaires Vallée-de-l'Or | 0 | 0 | 20 840 | 20 000 |
| Regroupement des organismes communautaires Témiscamingue | 0 | 0 | 20 840 | 0 |
| **Total Concertation régionale** | **87 698** | **86 658** | **115 421** | **86 441** |

## Subventions accordées

| NOM ORGANISME | Subventions accordées Programme PSOC | | Ententes de services et projets ponctuels | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016-2017 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2015-2016 |
| **Dépendances et hébergement d'urgence** | | | | |
| Accueil d'Amos | 215 247 | 212 695 | 50 000 | 50 000 |
| Centre Gérard-Brisson (Groupe IMAGE) | 116 130 | 114 753 | 2 000 | 2 000 |
| Maison du compagnon de La Sarre | 191 350 | 189 081 | 2 000 | 2 000 |
| Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda | 204 227 | 201 805 | 3 500 | 2 000 |
| Manoir du chemin pour la sobriété | 29 982 | 29 626 | 0 | 0 |
| Piaule de Val-d'Or | 347 266* | 343 148 | 5 145 | 2 000 |
| Unité Domrémy de La Sarre | 6 422 | 6 346 | 0 | 0 |
| Unité Domrémy de Val-d'Or | 95 669 | 94 535 | 2 000 | 2 000 |
| **Total Dépendances et hébergement d'urgence** | **1 206 293** | **1 191 989** | **64 645** | **60 000** |
| **Famille** | | | | |
| Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or | 0 | 0 | 0 | 1 500 |
| Maison de la famille d'Amos | 0 | 0 | 21 321 | 24 568 |
| Maison de la famille de La Sarre | 0 | 0 | 22 398 | 24 632 |
| Maison de la famille de Malartic | 0 | 0 | 5 694 | 8 126 |
| Maison de la famille de Rouyn-Noranda | 0 | 0 | 40 735 | 42 752 |
| Maison de la famille de Senneterre | 0 | 0 | 4 431 | 6 878 |
| Maison de la famille de Val-d'Or | 0 | 0 | 25 214 | 27 415 |
| Pour tous les bouts de chou | 0 | 0 | 7 841 | 10 248 |
| Regroupement entraide sociale Témiscamingue | 0 | 0 | 13 771 | 13 608 |
| **Total Famille** | **0** | **0** | **141 405** | **159 727** |
| **Hommes en difficultés** | | | | |
| Centre Gérard-Brisson (Groupe IMAGE) | 87 981 | 86 938 | 0 | 0 |
| S.A.T.A.S. (Serv. aides trait. appr. soc.) | 150 748 | 148 960 | 23 589 | 23 309 |
| **Total Hommes en difficultés** | **238 729** | **235 898** | **23 589** | **23 309** |
| **Justice alternative** | | | | |
| Liaison Justice | 575 294 | 568 472 | 0 | 0 |
| **Total Justice alternative** | **575 294** | **568 472** | **0** | **0** |
| **Maintien à domicile** | | | | |
| Baluchon Alzheimer | 0 | 0 | 50 000 | 50 000* |
| Bénévoles de Belcourt | 4 852 | 4 794 | 0 | 0 |
| Centre des bénévoles Uni-Joie | 7 437 | 7 349 | 0 | 0 |
| Comité « Main dans la main » de La Corne | 2 273 | 2 246 | 0 | 0 |
| Comité de bénévoles « Papillons dorés » | 5 206 | 5 144 | 630 | 0 |
| Comité de bénévoles « Santé et joie » | 7 509 | 7 368 | 0 | 0 |
| Comité de bénévoles Landrienne | 3 745 | 3 701 | 0 | 0 |

## Subventions accordées

| NOM ORGANISME | Subventions accordées Programme PSOC | | Ententes de services et projets ponctuels | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016-2017 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2015-2016 |
| Comité de bénévoles « Les Glaneurs » | 3 695 | 3 651 | 0 | 0 |
| Comité de bénévoles des Côteaux | 20 164 | 19 925 | 0 | 0 |
| Corp. alliance des générations | 11 299 | 11 165 | 0 | 0 |
| Corp. dével. communautaire Universeau | 37 528 | 37 073 | 1 500 | 0 |
| Coup de pouce communautaire Malartic | 18 488 | 18 000 | 0 | 0 |
| Groupe actions bénévoles Abitibi-Ouest | 46 912 | 46 356 | 0 | 0 |
| Groupe d'entraide aux aînés | 58 205 | 57 508 | 1 885 | 0 |
| Groupe serv. entraide secteur Est du Témisc. | 2 781 | 2 748 | 0 | 0 |
| Indépendance 65 + | 12 850 | 12 698 | 0 | 0 |
| Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue | 7 616 | 7 526 | 0 | 0 |
| Popote roulante d'Amos | 8 956 | 8 850 | 0 | 0 |
| Popote roulante de Val-d'Or | 12 000 | 10 000 | 0 | 4 000 |
| Regroup. proches aidants d'Abitibi-Ouest | 13 861 | 13 689 | 0 | 0 |
| Regroup. proches aidants de Rouyn-Noranda | 31 266 | 30 886 | 0 | 0 |
| Société Alzheimer Rouyn-Noranda/Témiscamingue | 39 181 | 38 712 | 0 | 0 |
| Société Alzheimer Val-d'Or | 33 000 | 34 398 | 0 | 0 |
| Table concertation pers. âgées du Témisc. | 66 063 | 65 274 | 0 | 1 500 |
| **Total Maintien à domicile** | **454 887** | **449 061** | **54 015** | **55 500** |
| **Maison des jeunes** | | | | |
| Campus Jeunesse | 42 631 | 42 125 | 1 500 | 0 |
| Jeunesse Action Val-d'Or | 102 735 | 101 517 | 0 | 0 |
| Liaison 12-18 | 83 488 | 82 498 | 0 | 12 500 |
| Maison des jeunes "Le Kao" (de Barraute) | 54 666 | 54 018 | 0 | 0 |
| Maison des jeunes de La Sarre | 84 937 | 83 930 | 0 | 1 200 |
| Maison des jeunes du Témiscamingue | 88 033 | 86 989 | 0 | 1 500 |
| Maison des jeunes F.R.A.D. | 65 084 | 30 000 | 0 | 0 |
| Refuge jeunesse Malartic | 92 965 | 91 863 | 1 500 | 0 |
| Soupape Maison des jeunes | 91 741 | 90 653 | 1 400 | 0 |
| **Total Maison des jeunes** | **706 280** | **663 593** | **4 400** | **15 200** |
| **Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence** | | | | |
| Alternative pour elles | 794 262 | 784 844 | 0 | |
| Maison d'hébergement Équinoxe | 606 897 | 599 701 | 0 | 710 |
| Maison d'hébergement Le Nid | 700 569 | 692 262 | 0 | 1 500 |
| Maison d'hébergement Mikana | 677 250 | 669 219 | 0 | 2 600 |
| **Total Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence** | **2 778 978** | **2 746 026** | **0** | **4 810** |

## Subventions accordées

| NOM ORGANISME | Subventions accordées Programme PSOC | | Ententes de services et projets ponctuels | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016-2017 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2015-2016 |
| **Orientation et identités sexuelles** | | | | |
| Coalition d'aide aux lesb. Gais et bisexuel A-T | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Total Orientation et identités sexuelles** | **0** | **0** | **0** | **0** |
| **Personnes démunies** | | | | |
| Accueil d'Amos | 19 370 | 19 140 | 0 | 0 |
| Association place au soleil | 6 346 | 6 271 | 0 | 7 500 |
| Centre bénévolat de Val-d'Or | 23 283 | 23 007 | 0 | 1 500 |
| Centre Bernard-Hamel | 65 506 | 65 717 | 0 | 0 |
| Corp. dével. communautaire Universeau | 6 442 | 6 366 | 0 | 0 |
| Fraternité St-Michel | 24 710 | 24 417 | 0 | 0 |
| Maison St-André A-O | 49 528 | 48 940 | 0 | 0 |
| Regroupement entraide sociale Témis. | 61 740 | 60 008 | 0 | 0 |
| **Total Personnes démunies** | **257 925** | **254 866** | **0** | **9 000** |
| **Personnes handicapées** | | | | |
| Actia | 69 781 | 68 954 | 0 | 1 500 |
| Aile brisée | 67 483 | 66 683 | 7 775 | 1 500 |
| Arche Abitibi-Témiscamingue | 392 813 | 388 155 | 1 500 | 0 |
| Assoc. parents enfants handicapés Témisc. | 146 535 | 144 797 | 0 | 0 |
| Assoc. pers. hand. Témiscaming | 15 132 | 14 953 | 0 | 0 |
| Assoc. pers. hand. visuelles de l'Abitibi-Témiscamingue | 0 | 0 | 2 273 | 2 246 |
| Assoc. pour intégration sociale de Rouyn-Noranda | 155 602 | 153 757 | 0 | 1 500 |
| Assoc. Qc enf. problèmes auditifs (AQEPA) | 19 204 | 18 976 | 0 | 0 |
| Assoc. voir sans voir | 5 798 | 11 596 | 0 | 0 |
| Centre de jour Les Intrépides | 183 246 | 181 073 | 0 | 0 |
| Centre intégration physique l'Envol | 72 101 | 71 246 | 0 | 1 500 |
| Centre La Mésange | 33 923 | 33 521 | 0 | 0 |
| Club A.C.V. de Rouyn-Noranda | 11 000 | 11 000 | 0 | 0 |
| Club amitié des handicapés de l'Abitibi-Ouest | 157 340 | 155 474 | 0 | 1 125 |
| Club handicapés de Val-d'Or | 132 338 | 130 769 | 0 | 775 |
| Corp. répit-dépannage Chrysalide | 139 888 | 138 229 | 0 | 0 |
| Indépendance 65 + | 3 026 | 2 990 | 0 | 0 |
| Parrainage civique de l'Abitibi-Témiscamingue | 7 617 | 7 527 | 0 | 0 |
| Personnes hand. Amos région (PHAR) | 72 561 | 71 701 | 0 | 295 |
| Pilier (ass. traumatisés crâniens) | 49 751 | 49 161 | 0 | 970 |
| Ressource pers. hand. A.-T. Nord du Québec | 12 859 | 12 707 | 517 961 | 531 818 |
| Société autisme de l'Abitibi-Témiscamingue | 154 190 | 152 362 | 0 | 0 |

## Subventions accordées

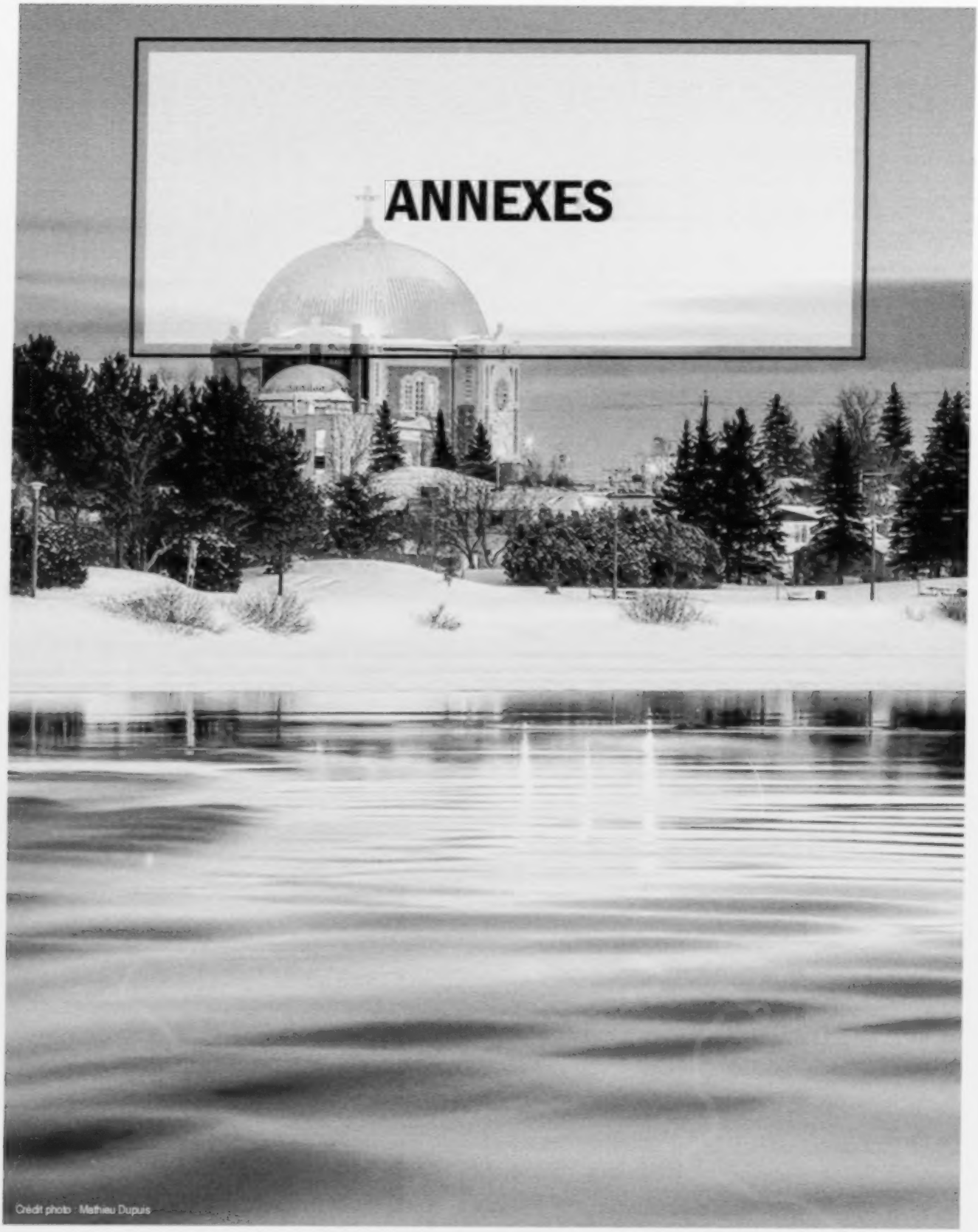
| NOM ORGANISME | Subventions accordées Programme PSOC | | Ententes de services et projets ponctuels | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016-2017 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2015-2016 |
| Vie autonome Abitibi-Témiscamingue | 90 840 | 89 763 | 0 | 575 |
| **Total Personnes handicapées** | **1 993 028** | **1 975 394** | **529 509** | **543 804** |
| **Santé mentale** | | | | |
| Accueil d'Amos | 117 662 | 116 267 | 27 668 | 27 340 |
| Appartements communautaires Le Pont | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Bouée d'espoir | 82 227 | 81 252 | 0 | 0 |
| Entretoise du Témiscamingue | 130 573 | 129 025 | 0 | 0 |
| Le repère 649 | 162 946 | 161 014 | 28 867 | 29 011 |
| Groupe en toute amitié de Senneterre | 12 092 | 11 949 | 0 | 0 |
| Groupe Soleil Malartic | 149 591 | 147 817 | 96 215 | 95 074 |
| Maison du soleil levant de Rouyn-Noranda | 24 065 | 23 780 | 0 | 0 |
| Maison les 4 Saisons Témiscamingue | 150 114 | 148 334 | 8 525 | 7 185 |
| Pont de Rouyn-Noranda | 217 307 | 214 730 | 21 340 | 21 087 |
| Portail (Le) | 87 156 | 86 123 | 1 350 | 755 |
| Prévention du suicide d'Abitibi-Ouest - Centre | 65 856 | 65 075 | 0 | 0 |
| Prévention du suicide d'Amos - Centre | 79 533 | 78 590 | 0 | 1 500 |
| Prévention du suicide de l'Abitibi-Témis. - Ligne interv. tél. | 282 183 | 278 837 | 0 | 0 |
| Prévention du suicide de Malartic - Centre | 29 339 | 28 991 | 0 | 0 |
| Prévention du suicide de Rouyn-Noranda - Centre | 116 247 | 114 869 | 0 | 0 |
| Prévention du suicide de Senneterre - Centre | 26 110 | 25 800 | 0 | 473 |
| Prévention du suicide de Val-d'Or - Comité | 90 291 | 89 220 | 0 | 0 |
| Prévention du suicide du Témiscamingue - Comité | 51 048 | 50 443 | 0 | 995 |
| RAIDDA-T | 170 729 | 168 705 | 0 | 975 |
| Rescousse (La) | 82 294 | 81 318 | 0 | 1 900 |
| Résidence héberg. La Chaumière | 154 884 | 153 047 | 0 | 900 |
| TCROCASMAT | 0 | 0 | 28 679 | 28 339 |
| Trait Union de La Sarre | 242 306 | 239 433 | 52 671 | 52 046 |
| Valpabem | 87 421 | 86 384 | | 475 |
| **Total Santé mentale** | **2 611 974** | **2 581 003** | **265 315** | **268 055** |
| **Santé physique** | | | | |
| Albatros 08 | 18 000 | 14 000 | 0 | 0 |
| Amis de l'Envol | 4 997 | 0 | 0 | 0 |
| Arc-en-soi La Sarre | 5 768 | 5 700 | 0 | 1 500 |
| Association de la fibromyalgie de l'Abitibi-Témiscamingue | 27 391 | 23 493 | 0 | 0 |
| Association diabète de Rouyn-Noranda | 7 000 | 7 000 | 0 | 0 |
| Association épilepsie Abitibi-Témiscamingue | 0 | 3 358 | 0 | 0 |
| Diabète Val-d'Or | 3 410 | 3 370 | 0 | 0 |

## Subventions accordées

| NOM ORGANISME | Subventions accordées Programme PSOC | | Ententes de services et projets ponctuels | |
|---|---|---|---|---|
| | 2016-2017 | 2015-2016 | 2016-2017 | 2015-2016 |
| Lueur du phare | 2 248 | 2 221 | 0 | 0 |
| Ressource pers. hand. A.-T. Nord du Québec | 0 | 0 | 132 847 | 131 271 |
| Société sclérose en plaques Abitibi-Témiscamingue | 30 464 | 26 642 | 590 | 0 |
| **Total Santé physique** | **99 278** | **85 784** | **133 437** | **132 771** |
| **Santé publique** | | | | |
| CAFA | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est | 0 | 0 | 21 722 | 21 722 |
| Conseil territorial de la jeunesse Abitibi-Est | 0 | 0 | 29 425 | 29 425 |
| Interlocal jeunes de Rouyn-Noranda | 0 | 0 | 39 281 | 38 281 |
| Maison des jeunes de La Sarre | 0 | 0 | 30 536 | 30 536 |
| Maison des jeunes du Témiscamingue | 0 | 0 | 17 000 | 17 000 |
| Mobilisation espoir jeunesse | 0 | 0 | 31 829 | 31 829 |
| ORDET | 91 144 | 90 063 | 0 | 0 |
| **Total Santé publique** | **91 144** | **90 063** | **169 793** | **168 793** |
| **Soutien recherche d'emploi** | | | | |
| Arrimage jeunesse | 0 | 0 | 103 014 | 101 792 |
| Carrefour jeunesse emploi Abitibi-Est | 0 | 0 | 103 379 | 102 153 |
| Carrefour jeunesse emploi du Témiscamingue | 0 | 0 | 95 264 | 47 530 |
| Centre Gérard-Brisson | 0 | 0 | 0 | 46 602 |
| Groupe IO | 0 | 0 | 56 173 | 55 507 |
| Mouvement Relève d'Amos | 0 | 0 | 56 647 | 55 975 |
| **Total soutien recherche d'emploi** | **0** | **0** | **414 477** | **409 559** |
| **VIH/Sida** | | | | |
| Centre des ROSÉS de l'Abitibi-Témiscamingue | 60 502 | 59 785 | 0 | 0 |
| **Total VIH/Sida** | **60 502** | **59 785** | **0** | **0** |
| **Total général** | **13 097 153** | **12 900 789** | **1 948 960** | **1 988 386** |

* Compte à payer

# ANNEXES



Crédit photo : Mathieu Dupuis

# CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS DE CONSEIL D'ADMINISTRATION

DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

28 JANVIER 2016

Québec

Adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016

**Édition produite par :**
Le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
3, 9e Rue
Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9
www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca

Téléphone : 819 764-3264
Télécopieur : 819 797-1941

**Rédaction**
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Mise en page**
Nathalie Rernier, conseillère cadre – Volet soutien administratif
Bureau du président-directeur général

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Ce document est également disponible en médias substituts, sur demande.

Dans ce document, le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

© Gouvernement du Québec

## TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE ..... 1

Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES ..... 2

Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE ..... 5

Section 3 — CONFLIT D'INTÉRÊTS ..... 9

Section 4 — APPLICATION ..... 11

Annexe I – Engagement et affirmation du membre ..... 17

Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance ..... 18

Annexe III – Déclaration des intérêts du membre ..... 19

Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général ..... 20

Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts ..... 21

Annexe VI – Signalement d'une situation de conflits d'intérêts ..... 22

Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen ..... 23

# ANNEXE I CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS



## PRÉAMBULE

L'administration d'un établissement public de santé et de services sociaux se distingue d'une organisation privée. Elle doit reposer sur un lien de confiance entre l'établissement et la population.

Une conduite conforme à l'éthique et à la déontologie doit demeurer une préoccupation constante des membres du conseil d'administration pour garantir à la population une gestion transparente, intègre et de confiance des fonds publics. Ce Code en édicte donc les principes éthiques et les obligations déontologiques. La déontologie fait référence davantage à l'ensemble des devoirs et des obligations d'un membre. L'éthique, quant à elle, est de l'ordre du questionnement sur les grands principes de conduite à suivre, pour tout membre du conseil d'administration, et de l'identification des conséquences pour chacune des options possibles quant aux situations auxquelles ils doivent faire face. Ces choix doivent reposer, entre autres, sur une préoccupation d'une saine gouvernance, dont une reddition de comptes conforme aux responsabilités dévolues à l'établissement.

## Section 1 — DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### 1. Objectifs généraux

Le présent document a pour objectifs de dicter des règles de conduite en matière d'intégrité, d'impartialité, de loyauté, de compétence et de respect pour les membres du conseil d'administration et de les responsabiliser en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce Code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur.

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs :

a) aborde des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
c) régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des membres;
d) définit les devoirs et les obligations des membres même après qu'ils aient cessé d'exercer leurs fonctions;
e) prévoit des mécanismes d'application dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Tout membre est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs ainsi que par les lois applicables. En cas de divergence, les règles s'appliquent en fonction de la hiérarchie des lois impliquées.

### 2. Fondement légal

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs repose notamment sur les dispositions suivantes :

- La disposition préliminaire et les articles 6, 7, 321 à 330 du *Code civil du Québec*.

- Les articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif* (RLRQ, chapitre M-30, r. 1).

- Les articles 131, 132.3, 154, 155, 174, 181.0.0.1, 235, 274 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2).

- Les articles 57, 58 et 59 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (RLRQ, chapitre O-7.2).

- *Loi sur les contrats des organismes publics* (RLRQ, chapitre C-65.1).

- *Loi sur la transparence et l'éthique en matière de lobbyisme* (RLRQ, chapitre T-11.011).

**3. Définitions**

Dans le présent règlement, les mots suivants signifient :

*Code* : Code d'éthique et de déontologie des membres élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration.

*Comité d'examen ad hoc* : Comité institué par le conseil d'administration pour traiter une situation potentielle de manquement ou d'omission ou encore pour résoudre un problème dont il a été saisi et proposer un règlement.

*Conseil* : Conseil d'administration de l'établissement, tel que défini par les articles 9 et 10 de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*.

*Conflit d'intérêts* : Désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un membre peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait, par exemple, à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir.

*Conjoint* : Une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la *Loi d'interprétation* (RLRQ, chapitre I-16).

*Entreprise* : Toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence.

*Famille immédiate* : Aux fins de l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est un membre de la famille immédiate d'un président-directeur général, d'un président-directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement, son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint.

*Faute grave* : Résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables au membre et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration.

*Intérêt* : Désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, émotionnelle, professionnelle ou philanthropique.

*LMRSS* : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.*

*LSSSS* : *Loi sur les services de santé et les services sociaux.*

*Membre* : Membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé.
*Personne indépendante* : Tel que défini à l'article 131 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, une personne se qualifie comme indépendante, notamment, si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement.

*Personne raisonnable* : Processus par lequel l'individu fait une réflexion critique et pondère les éléments d'une situation afin de prendre une décision qui soit la plus raisonnable possible dans les circonstances[1].

*Renseignements confidentiels* : Une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial, technologique ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonction au sein de l'établissement. Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet de l'établissement.

**4. Champ d'application**

Tout membre du conseil d'administration est assujetti aux règles du présent Code.

**5. Disposition finale**

Le présent document entre en vigueur au moment de son adoption par le conseil d'administration. Le comité de gouvernance et d'éthique du conseil d'administration assume la responsabilité de veiller à l'application du présent Code. Ce dernier doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique tous les trois ans, ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent, et être amendé ou abrogé par le conseil lors d'une de ses séances régulières.

**6. Diffusion**

L'établissement doit rendre le présent Code accessible au public, notamment en le publiant sur son site Internet. Il doit aussi le publier dans son rapport annuel de gestion en faisant état du nombre de cas traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité d'examen *ad hoc*, des décisions prises et des sanctions imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des membres révoqués ou suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

[1] BOISVERT, Yves, Georges A. LEGAULT, Louis C. CÔTÉ, Allison MARCHILDON et Magalie JUTRAS (2003). Raisonnement éthique dans un contexte de marge de manœuvre accrue : clarification conceptuelle et aide à la décision – Rapport de recherche, Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Secrétariat du Conseil du trésor, p. 51.

## Section 2 — PRINCIPES D'ÉTHIQUE ET RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

### 7. Principes d'éthique

L'éthique fait référence aux valeurs (intégrité, impartialité, respect, compétence et loyauté) permettant de veiller à l'intérêt public. Comme administrateur, cela implique le respect du droit de faire appel, entre autres, à son jugement, à l'honnêteté, à la responsabilité, à la loyauté, à l'équité et au dialogue dans l'exercice de ses choix et lors de prises de décision. L'éthique est donc utile en situation d'incertitude, lorsqu'il y a absence de règle, lorsque celle-ci n'est pas claire ou lorsque son observation conduit à des conséquences indésirables.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

- Agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.
- Remplir ses devoirs et obligations générales en privilégiant les exigences de la bonne foi.
- Témoigner d'un constant souci du respect de la vie, de la dignité humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux dans les limites applicables.
- Être sensible aux besoins de la population et assurer la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
- Souscrire aux orientations et aux objectifs poursuivis, notamment l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services, dans le but ultime d'améliorer la santé et le bien-être de la population.
- Exercer ses responsabilités dans le respect des standards d'accès, d'intégration, de qualité, de pertinence, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que des ressources disponibles.
- Participer activement et dans un esprit de concertation à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
- Contribuer, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs énoncées dans ce Code en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
- Assurer, en tout temps, le respect des règles en matière de confidentialité et de discrétion.

### 8. Règles de déontologie

La déontologie est un ensemble de règles juridiques de conduite dont l'inobservation peut conduire à une sanction. On peut les retrouver dans diverses lois ou règlements cités au point 2. Ces devoirs et règles déontologiques indiquent donc ce qui est prescrit et proscrit.

En plus, des principes éthiques et déontologiques, le membre de conseil d'administration doit :

**8.1** Disponibilité et compétence

- Être disponible pour remplir ses fonctions en étant assidu aux séances du conseil d'administration, et ce, selon les modalités précisées au *Règlement sur la régie interne du conseil d'administration de l'établissement*.
- Prendre connaissance des dossiers et prendre une part active aux délibérations et aux décisions.
- Favoriser l'entraide.
- S'acquitter de sa fonction en mettant à contribution ses connaissances, ses habiletés et son expérience, et ce, au bénéfice de ses collègues et de la population.

**8.2** Respect et loyauté

- Respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques, procédures applicables ainsi que les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.
- Agir de manière courtoise et entretenir des relations fondées sur le respect, la coopération, le professionnalisme et l'absence de toute forme de discrimination.
- Respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision, la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée ainsi que toute décision, et ce, malgré sa dissidence.
- Respecter toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence, en faisant preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions prises.

**8.3** Impartialité

- Se prononcer sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.
- Placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

**8.4** Transparence

- Exercer ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.
- Partager avec les membres du conseil d'administration, toute information utile ou pertinente aux prises de décision.

**8.5** Discrétion et confidentialité

- Faire preuve, sous réserve des dispositions législatives, de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de celles-ci.
- Faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

- Préserver la confidentialité des délibérations entre les membres du conseil d'administration qui ne sont pas publiques, de même que les positions défendues, les votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision du conseil d'administration.
- S'abstenir d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un membre représentant ou lié à un groupe particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

**8.6** Considérations politiques

- Prendre ses décisions indépendamment de toutes considérations politiques partisanes.

**8.7** Relations publiques

- Respecter les règles applicables au sein de l'établissement à l'égard de l'information, des communications, de l'utilisation des médias sociaux et des relations avec les médias, entre autres, en ne s'exprimant pas auprès des médias ou sur les médias sociaux s'il n'est autorisé par celles-ci.

**8.8** Charge publique

- Informer le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.
- Démissionner immédiatement de ses fonctions lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. Il doit démissionner si sa charge publique est à temps partiel et qu'elle est susceptible de l'amener à enfreindre son devoir de réserve et/ou le placer en conflit d'intérêts.

**8.9** Biens et services de l'établissement

- Utiliser les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à le faire. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'organisation, et ce, conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
- Ne recevoir aucune rémunération autre que celle prévue par la loi pour l'exercice de ses fonctions. Toutefois, les membres du conseil d'administration ont droit au remboursement des dépenses effectuées dans l'exercice de leurs fonctions, aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

**8.10** Avantages et cadeaux

- Ne pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il lui est destiné ou susceptible

de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des attentes en ce sens. Tout cadeau ou marque d'hospitalité doit être retourné au donateur.

**8.11** Interventions inappropriées

- S'abstenir d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel.
- S'abstenir de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

## Section 3 – CONFLIT D'INTÉRÊTS

**9.** Le membre ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.

**10.** Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, le membre doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il en est de même lorsqu'un intérêt échoit à un administrateur par succession ou donation. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du Code d'éthique et de déontologie. Il ne doit exercer aucune forme d'influence auprès des autres membres.

**11.** Le membre doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

a) avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
b) avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
c) obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
d) avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
e) se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

**12.** Le membre doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il détient, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne lui permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire *Déclaration des intérêts du membre* de l'annexe III. De plus, il doit s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.

**13.** Le membre qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire *Déclaration de conflit d'intérêts* de l'annexe V.

**14.** Le membre qui est en situation de conflits d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance doit sur-le-champ déclarer cette situation et celle-ci sera consignée au procès-verbal. Il doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.

**15.** La donation ou le legs fait au membre qui n'est ni le conjoint, ni un proche du donateur ou du testateur, est nul dans le cas de la donation ou sans effet dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

## Section 4 – APPLICATION

### 16. Adhésion au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Chaque membre s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent document ainsi que les lois applicables. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code d'éthique et de déontologie des administrateurs par le conseil d'administration, chaque membre doit produire le formulaire *Engagement et affirmation du membre* de l'annexe I du présent document.

Tout nouveau membre doit aussi le faire dans les soixante jours suivant son entrée en fonction. En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent Code, il appartient au membre de consulter le comité de gouvernance et d'éthique.

### 17. Comité de gouvernance et d'éthique

En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique a, entre autres, pour fonctions de :

a) élaborer un Code d'éthique et de déontologie des administrateurs conformément à l'article 3.1.4 de la *Loi sur le ministère du Conseil exécutif*;
b) voir à la diffusion et à la promotion du présent Code auprès des membres du conseil d'administration;
c) informer les membres du contenu et des modalités d'application du présent Code;
d) conseiller les membres sur toute question relative à l'application du présent Code;
e) assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir aux membres qui en font la demande des avis sur ces déclarations;
f) réviser, au besoin, le présent Code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
g) évaluer périodiquement l'application du présent Code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant;
h) retenir les services de ressources externes, si nécessaire, afin d'examiner toute problématique qui lui est présentée par le conseil d'administration;
i) assurer l'analyse de situations de manquement à la loi ou au présent Code et faire rapport au conseil d'administration.

Comme ce sont les membres du comité de gouvernance et d'éthique qui édictent les règles de conduite, ils ne devraient pas être confrontés à les interpréter, dans un contexte disciplinaire. Si tel était le cas, cela pourrait entacher le processus disciplinaire en introduisant un biais potentiellement défavorable au membre en cause. C'est pourquoi il est proposé de mettre en place un comité d'examen *ad hoc* afin de résoudre le problème ou de proposer un règlement, à la discrétion du conseil d'administration.

### 18. Comité d'examen *ad hoc*

**18.1** Le comité de gouvernance et d'éthique forme au besoin, un comité d'examen *ad hoc* composé d'au moins trois (3) personnes. Une de ces personnes doit posséder des compétences appliquées en matière de déontologie et de réflexion éthique. Le comité peut être composé de membres du conseil d'administration ou de ressources externes ayant des compétences spécifiques, notamment en matière juridique.

**18.2** Un membre du comité d'examen *ad hoc* ne peut agir au sein du comité s'il est impliqué directement ou indirectement dans une affaire qui est soumise à l'attention du comité.

**18.3** Le comité d'examen *ad hoc* a pour fonctions de :

a) faire enquête, à la demande du comité de gouvernance et d'éthique, sur toute situation impliquant un manquement présumé par un membre du conseil d'administration, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent Code;
b) déterminer, à la suite d'une telle enquête, si un membre du conseil d'administration a contrevenu ou non au présent Code;
c) faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un membre fautif.

**18.4** La date d'entrée en fonction, la durée du mandat des membres du comité d'examen *ad hoc* de même que les conditions du mandat sont fixées par le comité de gouvernance et d'éthique.

**18.5** Si le comité d'examen *ad hoc* ne peut faire ses recommandations au comité de gouvernance et d'éthique avant l'échéance du mandat de ses membres, le comité de gouvernance et d'éthique peut, le cas échéant, prolonger la durée du mandat pour la durée nécessaire à l'accomplissement de ce dernier. La personne qui fait l'objet de l'enquête en est informée par écrit.

**19. Processus disciplinaire**

**19.1** Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévue dans le Code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.

**19.2** Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité d'examen *ad hoc*, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un membre a pu contrevenir au présent document, en transmettant le formulaire *Signalement d'une situation de conflit d'intérêts* de l'annexe VI rempli par cette personne.

**19.3** Le comité d'examen *ad hoc* détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie au membre concerné les manquements reprochés et la référence aux dispositions pertinentes du Code. La notification l'informe qu'il peut, dans un délai de trente (30) jours, fournir ses observations par écrit au comité d'examen ad hoc et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au(x) manquement(s) reproché(s). Il doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande qui lui est adressée par le comité d'examen *ad hoc*.

**19.4** Le membre est informé que l'enquête qui est tenue à son sujet est conduite de manière confidentielle afin de protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Dans le cas où il y aurait un bris de confidentialité, la personne ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire *Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen* de l'annexe VII.

**19.5** Tout membre du comité d'examen ad hoc qui enquête doit le faire dans le respect des principes de justice fondamentale, dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec une rigueur et prudence.

**19.6** Le comité d'examen *ad hoc* doit respecter les règles d'équité procédurale en offrant au membre concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité d'examen ad hoc, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, le membre est entendu par le comité d'examen *ad hoc*, il peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, elle ne peut pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

**19.7** *Ne* peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

**19.8** Le comité d'examen *ad hoc* transmet son rapport au comité de gouvernance et d'éthique, au plus tard dans les soixante (60) jours suivant le début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

a) un état des faits reprochés;
b) un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue du membre visé;
c) une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du Code;
d) une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

**19.9** Sur recommandation du comité de gouvernance et d'éthique, à huis clos, le conseil d'administration se réunit pour décider de la mesure à imposer au membre concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre.

**19.10** Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions le membre à qui l'on reproche un manquement, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du président-directeur général, le président du conseil d'administration doit informer immédiatement le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**19.11** Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée au membre concerné. Toute mesure qui lui est imposée, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées. Lorsqu'il y a eu manquement, le président du conseil d'administration en informe le président-directeur général ou le Ministre, selon la gravité du manquement.

**19.12** Cette mesure peut être, selon la nature et la gravité du manquement, un rappel à l'ordre, un blâme, une suspension d'une durée maximale de trois (3) mois ou une révocation de son mandat. Si la mesure est une révocation de mandat, le président du conseil d'administration en informe le ministre de la Santé et des Services sociaux.

**19.13** Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement et conformément aux dispositions de la *Loi sur les archives* (RLRQ, chapitre A-21.1).

## 20. Notion d'indépendance

Le membre du conseil d'administration, qu'il soit indépendant, désigné ou nommé, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. Il doit transmettre au conseil d'administration le formulaire *Avis de bris du statut d'indépendance* de l'annexe II du présent Code, au plus tard dans les trente (30) jours suivant la présence d'une telle situation.

## 21. Obligations en fin du mandat

Dans le cadre du présent document, le membre de conseil d'administration doit, après la fin de son mandat :

- Respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions.
- Se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
- Ne pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
- S'abstenir de solliciter un emploi auprès de l'établissement pendant son mandat et dans l'année suivant la fin de son mandat, à moins qu'il ne soit déjà à l'emploi de l'établissement. Si un cas exceptionnel se présentait, il devra être présenté au conseil d'administration.

ANNEXES

**Annexe I – Engagement et affirmation du membre**

Je, soussigné, _____, *[prénom et nom en lettres moulées]* membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare avoir pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, adopté par le conseil d'administration le 28 janvier 2016, en comprendre le sens et la portée, et me déclare lié par chacune des dispositions tout comme s'il s'agissait d'un engagement contractuel de ma part envers le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Dans cet esprit, j'affirme solennellement remplir fidèlement, impartialement, honnêtement au meilleur de ma capacité et de mes connaissances, tous les devoirs de ma fonction et d'en exercer de même tous les pouvoirs.

J'affirme solennellement que je n'accepterai aucune somme d'argent ou considération quelconque, pour ce que j'aurai accompli dans l'exercice de mes fonctions, autre que la rémunération et le remboursement de mes dépenses allouées conformément à la loi. Je m'engage à ne révéler et à ne laisser connaître, sans y être autorisé par la loi, aucun renseignement ni document de nature confidentielle dont j'aurai connaissance, dans l'exercice de mes fonctions.

En foi de quoi, j'ai _____, pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____
**Signature** **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

_____ _____
**Nom du commissaire à l'assermentation** **Signature**

**Annexe II – Avis de bris du statut d'indépendance**

Je, soussigné, _____, *[prénom et nom en lettres moulées]* déclare par la présente, croire être dans une situation susceptible d'affecter mon statut de membre indépendant au sein du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue en raison des faits suivants :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

| | | |
|---|---|---|
| **Signature** | **Date** *[aaaa-mm-jj]* | **Lieu** |

## Annexe III – Déclaration des intérêts du membre

Je, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare les éléments suivants :

**1. Intérêts pécuniaires**

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées]* :

_____
_____
_____

**2. Titre d'administrateur**

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____.

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]*:

_____
_____
_____

**3. Emploi**

J'occupe les emplois suivants :

| Fonction | Employeur |
|---|---|
| | |
| | |

Je me déclare lié par l'obligation de mettre cette déclaration à jour aussitôt que ma situation le justifie et je m'engage à adopter une conduite qui soit conforme au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

**Signature** **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

## Annexe IV – Déclaration des intérêts du président-directeur général

Je, _____ *[prenom et nom en lettres moulées]*, président-directeur général et membre d'office du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare les éléments suivants :

**1. Intérêts pécuniaires**

☐ Je ne détiens pas d'intérêts pécuniaires dans une personne morale, société ou entreprise commerciale.

☐ Je détiens des intérêts pécuniaires, autres qu'une participation à l'actionnariat d'une entreprise qui ne me permet pas d'agir à titre d'actionnaire de contrôle, dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après *[nommer les personnes morales, sociétés ou entreprises concernées] :*

_____
_____
_____

**2. Titre d'administrateur**

☐ Je n'agis pas à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, autre que mon mandat comme membre du _____

☐ J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après, autre que mon mandat comme membre du _____. *[nommer les personnes morales, sociétés, entreprises ou organismes concernés]:*

_____
_____
_____

**3. Emploi**

« Le président-directeur général et le président-directeur général adjoint d'un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un établissement non fusionné doivent s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de leur fonction.

Ils peuvent toutefois, avec le consentement du ministre, exercer d'autres activités professionnelles qu'elles soient ou non rémunérées. Ils peuvent aussi exercer tout mandat que le ministre leur confie. » (art. 37, RLRQ, chapitre O-7.2).

En foi de quoi, j'ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et je m'engage à m'y conformer.

_____ _____ _____

**Signature** **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

**Annexe V – Déclaration de conflit d'intérêts**

Je, soussigné, _____ *[prénom et nom en lettres moulées]*, membre du conseil d'administration du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, déclare par la présente croire être en conflit d'intérêts en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**Signature** **Date** *[aaaa-mm-jj]* **Lieu**

**Annexe VI – Signalement d'une situation de conflit d'intérêts**

Je, soussigné, _____, estime que le membre suivant : _____, est en situation de conflit d'intérêts apparent, réel ou potentiel en regard des faits suivants :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Je demande que le conseil d'administration adresse ce signalement au comité de gouvernance et d'éthique pour analyse et recommandation, et je comprends que certaines informations fournies dans ce formulaire constituent des renseignements personnels protégés par la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* (RLRQ, chapitre A-2.1).

Je consens à leur utilisation aux seules fins d'examiner s'il existe ou non une situation de conflit d'intérêts apparente, réelle ou potentielle.

| _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|
| **Signature** | **Date** *[aaaa-mm-jj]* | **Lieu** |

**Annexe VII – Affirmation de discrétion dans une enquête d'examen**

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que je ne révélerai et ne ferai connaître, sans y être autorisé par la loi, quoi que ce soit dont j'aurai eu connaissance dans l'exercice de mes fonctions d'administrateur.

| | | |
|---|---|---|
| **Signature** | **Date** *[aaaa-mm-jj]* | **Lieu** |

Centre intégré
de santé et de services
sociaux de l'Abitibi-
Témiscamingue
Québec